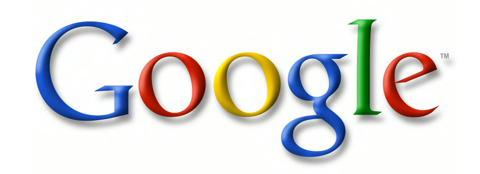


ANNALES
DE
GYNÉCOLOGIE

TOME XLVII

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages au moins, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18	francs.
Pour les départements..............	20	—
Pour l'Europe......................	22	—
Pour les États-Unis d'Amérique.....	23	—
Pour les autres parties du monde...	25	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr HARTMANN, 67, rue de Rome, pour la partie gynécologique ; à M. le Dr VARNIER, 10, rue Danton, pour la partie obstétricale, ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

TILLAUX, PINARD, TERRIER

Rédacteurs en chef :

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME XLVII

Contenant des travaux de

AUDEBERT et SABRAZÈS, BASY, BECKMANN, BÉGOUIN, BERGER, BOURSIER, COMMANDEUR, CRIMAIL, DÉMÉTRIUS et POPOFF, DU BOUCHET, FIEUX, GUILLEMOT, HERBET, HEINRICIUS, HERRGOTT, LABUSQUIÈRE, LANDOLT, LEGUEU et MARIEN, LIPINSKI, MAUCLAIRE, MONOD, PÉAN, PINARD, SEGOND, POBEDINSKY, ROSENTHAL, SCHWARTZ, VARNIER et PIERRE DELBET, WEBER.

1897

(1er SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE,

1897

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1897

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE DU 7 DÉCEMBRE 1895 AU 7 DÉCEMBRE 1896

Par le professeur **A. Pinard.**

D'après un usage voulu, je vais vous exposer aujourd'hui les résultats obtenus à la Clinique Baudelocque du 7 décembre 1895 au 7 décembre 1896, après avoir suivi avec rigueur dans la thérapeutique des viciations pelviennes, les préceptes que j'ai formulés en 1893 et que j'ai toujours appliqués depuis cette époque (1). Du 7 décembre 1895 au 7 décembre 1896, 95 femmes, chez lesquelles une viciation pelvienne a été reconnue, sont venues accoucher dans le service.

Sur ce nombre, 68 accouchèrent spontanément.

Chez 27 il fallut intervenir.

Les interventions se décomposent de la façon suivante :

Agrandissement momentané du bassin............. 14 fois.
Application de forceps......................... 6 —

(1) *De la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque pendant l'année 1893. De l'agrandissement momentané du bassin.* Rapport lu au Congrès international des sciences médicales, tenu à Rome du 29 mars au 5 avril 1894. — *De la symphyséotomie à la clinique Baudelocque pendant l'année 1894-1895.*

Version.. 1 fois.
Opération césarienne et amputation utéro-ovarique. 2 —
Basiotripsie sur enfants morts.................. 3 —
Embryotomie sur enfant mort..................... 1 —

Examinons d'abord les 14 cas où l'agrandissement du bassin a été pratiquée par mes collaborateurs Varnier, Wallich, Bouffe de Saint-Blaise et par moi.

Obs. **2037**. — LXIX[e] *Symphyséotomie*, pratiquée le 24 décembre 1895 (Pinard).

La nommée Clémence L..., Ipare, 21 ans, domestique, entre à la clinique le 2 décembre 1895.

Cette femme dit avoir marché à 2 ans, toujours bien depuis. Elle présente une incurvation des fémurs.

Ses dernières règles datent du 12 au 14 mars. Présentation du sommet en G.T. Bassin vicié, diamètre P.S.P. 103.

Le 23 décembre à 11 h. 30 du soir, la femme entre à la salle de travail. Le col est en voie d'effacement. Le 24 décembre à 1 h. 40 du matin, la dilatation est complète. On rompt les membranes. Le liquide amniotique est vert. La tête ne s'engageant pas on prévient M. Pinard qui décide de pratiquer la symphyséotomie.

A 3 h. 35, chloroforme. Introduction d'un ballon Champetier dans le vagin pour dilater les parties molles.

A 4 h. 5, incision des téguments. A 4 h. 15, section de la symphyse. Écartement provoqué de 4 centim. 1/2.

Application de forceps. A 4 h. 35 extraction du fœtus qui naît un peu étonné.

Délivrance artificielle 5 minutes après l'extraction. Points profonds et superficiels au fil d'argent. Poids de l'enfant 3,070 grammes. Bi-pariétal 92. Enfant allaité par la mère. Mort le 15[e] jour de broncho-pneumonie.

Suites de couches légèrement pathologiques. L'opérée se lève le 20[e] jour et marche très bien.

Part en convalescence le 1[er] février : revenue dans le service comme infirmière ; y est encore actuellement.

Obs. **83**. — LXX[e] *Symphyséotomie*, pratiquée le 15 janvier 1896 (Bouffe de Saint-Blaise).

La nommée Léonie M..., 28 ans, Ipare, entre à la Clinique le 14 janvier à 11 heures du soir.

Dernières règles du 15 au 19 avril 1895. Hauteur de l'utérus 37. Début du travail le 13 janvier à 10 heures du soir. La parturiente est soignée chez elle par une sage-femme qui, voyant que le travail n'avance pas, fait demander un docteur. Celui-ci de 7 à 10 heures du soir, le 14 janvier, tente 5 applications de forceps sans résultat, et envoie ensuite la femme à la clinique.

A son entrée à la salle de travail, la dilatation n'est pas complète. Les membranes sont rompues. Liquide purée. Bruits du cœur à 209, puis à 140. Sommet G.T.

Bassin vicié, diamètre P.S.P. 108.

Température à l'entrée 37°,5, pouls 108. Injection sous-cutanée de sérum A, 10 centim. cubes.

A 3 h. et demie la dilatation est complète. On fait pousser la femme ; les bruits du cœur sont plus réguliers, mais la tête ne progresse pas.

A 8 heures le D[r] Bouffe de Saint-Blaise pratique la symphyséotomie. Section de la symphyse terminée à 8 h. 24. Écartement spontané de 2 centim., provoqué de 6 centim.

8 h. 30. Application de forceps. A 8 h. 40, extraction du fœtus. A ce moment le fœtus fait un mouvement d'inspiration, puis ne présente plus un seul battement ; il ne peut être ranimé.

Délivrance artificielle immédiate, huit points de suture profonds et superficiels au fil d'argent.

L'enfant pèse 3,680 grammes. Bi-pariétal 93.

Suites de couches pathologiques.. Injections intra-utérines. Curettage le 4[e] jour.

Phlegmon de la région trochantérienne.

Femme partie en bon état le 1[er] mars 1896.

Obs. **124**. — LXXI[e] *Symphyséotomie*, pratiquée le 22 janvier 1896 (Bouffe de Saint-Blaise).

La nommée Marie L..., 30 ans, IIpare, entre à la Clinique le 8 janvier.

A marché à 2 ans, a toujours bien marché. Première grossesse

en 1890. Accouchement provoqué à la Clinique Baudelocque. Ballons Tarnier et Champetier. Forceps au détroit supérieur. Enfant mort-né (fracture du crâne).

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 15 au 19 mars. Hauteur de l'utérus, 36 centim.

Sommet G.T. Diamètre P.S.P. 100.

Début du travail le 22 janvier à 2 heures du matin. A 1 heure du soir, la dilatation est grande comme 5 francs. M. Pinard examine la parturiente et conseille de rompre les membranes à la dilatation complète et d'attendre.

A 2 h. 40 la dilatation est complète.

Rupture artificielle des membranes, liquide verdâtre.

La tête est inclinée sur le pariétal postérieur, l'oreille accessible au toucher.

La femme pousse pendant deux heures, mais comme la tête ne progresse pas, la symphyséotomie est décidée.

A 5 h. et demie, incision cutanée. 5 h. 36, section de la symphyse, terminée à 5 h. 41. Écartement spontané 2 centim., provoqué 6 centim.

Application de forceps. Extraction du fœtus à 5 h. 55. Procubitus du cordon. Enfant né étonné mais ranimé très vite. Poids de l'enfant 3,480 grammes. Bi-pariétal 103.

Délivrance par expression cinq minutes après l'extraction du fœtus.

Points de suture profonds et superficiels au fil d'argent.

Élévation de température les 3e et 4e jours, la femme ayant une bronchite intense.

L'enfant meurt de broncho-pneumonie le 9e jour.

Femme partie en très bon état le 27 février.

OBS. **318.** — LXXIIe *Symphyséotomie*, pratiquée le 25 février (VARNIER).

La nommée Marie C..., 24 ans, Ipare, arrive à la Clinique Baudelocque le 25 février à 7 h. 40 du soir. Elle est allée consulter pendant sa grossesse à l'Hôtel-Dieu où l'on lui a conseillé de venir dès les premières douleurs. Le 25 février au matin, la femme retourne à l'Hôtel-Dieu où l'on constate qu'elle est en travail. Présentation du sommet en G.T. Dilatation comme 50 centimes. Contractions utérines régulières. Bassin vicié, diamètre P.S.P. 102.

La dilatation progresse normalement. Elle est complète à 2 heures du soir. (Les membranes se sont rompues à la dilatation comme 5 francs.)

Les bruits du cœur sont normaux; la femme pousse, mais la tête ne progresse pas.

A 5 h. 30 du soir, application de forceps sans résultat faite par l'interne. Les bruits du cœur deviennent irréguliers. On prévient M. Varnier qui fait transporter la femme à la Clinique Baudelocque où elle arrive à 7 h. 40 du soir.

A 8 h. 15 on commence l'anesthésie. A 8 h. 30, incision des téguments. 8 h. 35, section de la symphyse. M. Varnier place l'écarteur sensible et en écartant doucement les jambes obtient un écartement de 5 centim.

A 8 h. 40, M. Varnier applique le forceps. Au moment de la rotation l'écarteur marque 5 centim. et demi.

Extraction de l'enfant à 8 h. 50 soir.

Poids : 3,960 gr. Bi-pariétal 97 millim.

9 heures du soir. Délivrance artificielle par Mlle Roze.

Points de suture profonds et superficiels au fil d'argent.

Suites de couches pathologiques.

5 injections de sérum antistreptococcique.

Femme et enfants partis en bon état le 31 mars 1896.

Poids de l'enfant à la sortie, 4,310 gr.

Obs. **361**. — LXXIIIe *Symphyséotomie,* pratiquée le 3 mars (Varnier).

La nommée J..., Juliette, 20 ans, bijoutière, Ipare, est envoyée à la Clinique le 29 février à 10 heures du matin. Elle est envoyée de l'Hôtel-Dieu, par M. Varnier qui, après l'avoir examinée, ayant constaté le degré de rétrécissement du bassin, et le volume approximatif de la tête fœtale, pense qu'une intervention pourra être nécessaire.

Date des dernières règles, 25 mai. Hauteur de l'utérus, 34 centim. Diamètre promonto-sous-pubien 103. Cette femme a marché à 18 mois.

Elle est entrée en travail le 28 février à minuit.

A son entrée, dans le service, la dilatation est de 50 centimes le 29 février à 10 heures du matin.

Le 2 mars à 10 heures du matin, la dilatation est grande comme

2 francs. M. Pinard rompt les membranes qui sont constamment tendues.

Le liquide est vert. Injection de 10 gr. de sérum antistreptococcique.

Le même jour à 10 heures du soir, introduction d'un ballon Champetier, moyen modèle, d'une contenance de 240 gr.

A 11 heures, dilatation complète.

A 11 heures, et demie, anesthésie, toilette, cathétérisme.

A 11 h. 40, incision cutanée et section de la symphyse terminée à 11 h. 48. Ecartement provoqué 7 centim.

11 h. 52, application de forceps. Extraction du fœtus à minuit 5. C'est un garçon, pesant 2,945 gr.; diamètre bi-pariétal 90. Il naît un peu étonné, mais est très vite ranimé à l'aide de quelques frictions.

Délivrance artificielle immédiate.

Points de suture profonds et superficiels au fil d'argent.

Suites de couches normales.

Enfant envoyé en nourrice le cinquième jour, pesant 2,920 gr.

La femme se lève le 22 mars.

Le 27 mars, elle se plaint d'une douleur dans la jambe gauche. Il existe de l'œdème péri-malléolaire. On place le membre dans une gouttière; il est enveloppé de compresses imbibées de chlorhydrate d'ammoniaque.

5 injections de 10 gr. de sérum antistreptococcique.

Pas d'élévation de température. Le 30 mars la douleur a complètement disparu ainsi que l'œdème.

La malade quitte le service en bon état le 28 avril 1896.

OBS. **510**. — LXXIVe *Symphyséotomie*, pratiquée le 26 mars 1896 (PINARD).

La nommée Rose P..., primipare, entre à la Clinique Baudelocque le 26 mars 1896, à 9 heures du matin.

Cette femme a marché à 12 mois, a été réglée à 12 ans régulièrement.

Elle est amenée à la Clinique, le 26 mars, par une sage-femme qui raconte qu'elle a perdu les eaux depuis huit jours (19 mars midi).

Le travail s'est déclaré le 25 vers 1 heure du matin.

La dilatation était complète depuis le 26 à 2 heures du matin.

Les efforts d'expulsion ne produisant aucune progression, la sage-femme fait demander un docteur qui tente successivement deux applications de forceps. Le forceps dérape deux fois et la femme est envoyée à la Clinique.

A son entrée on constate que la dilatation est complète; la tête n'est pas engagée, mais inclinée sur le pariétal antérieur (suture sagittale à 7 centim. de la symphyse); on atteint le promontoire, Il existe une bosse séro-sanguine volumineuse et un chevauchement considérable du pariétal antérieur sur le postérieur.

Bain, injection vaginale et injection de sérum.

10 heures du matin. Introduction dans le vagin d'un ballon Champetier grand modèle ; l'utérus est constamment tendu.

10 h. 50. La femme étant rasée on commence l'anesthésie, la femme est transportée à l'amphithéâtre.

11 heures. Toilette vulvaire ; le ballon s'étant vidé d'une partie de son liquide, on le distend de nouveau à son maximum avant de l'extraire, afin d'obtenir une dilatation plus grande des parties molles.

11 h. 05. Extraction du ballon.

Lavage de la région pubienne au bi-iodure et à l'éther.

11 h. 40. Incision cutanée, durée cinq minutes (couche adipeuse au devant de la symphyse, très épaisse).

11 h. 15. Section de la symphyse terminée à 11 h. 20.

La tête appuie très fortement sur le pubis et occasionne une certaine difficulté pour passer l'index derrière la symphyse. L'écartement provoqué à l'aide de l'écarteur à vis, et en écartant progressivement les jambes, est de 5 centim. et demi.

L'écarteur à vis est enlevé, et remplacé par l'écarteur sensible qui marque 5 centim.

11 h. 23. M. Pinard introduit la main droite dans le vagin, puis place la branche gauche du forceps.

11 h. 25. Introduction de la branche droite. Tractions.

Pendant les tractions l'écarteur sensible marque 5 centim. et demi.

11 h. 30. Extraction du fœtus. Le liquide qui s'échappe avec l'enfant est absolument purée. L'enfant né en état de mort apparente, est ranimé à l'aide de la désobstruction des voies respiratoires, qui contenaient du méconium en grande quantité. On fait seulement deux ou trois insufflations, et l'enfant est ranimé.

Délivrance artificielle, immédiate, par Mlle Roze. Écoulement sanguin assez considérable à ce moment, qui cède à une injection intra-utérine très chaude.

Points de suture profonds et superficiels au fil d'argent.

A ce moment la femme pâlit, son pouls est petit, fréquent.

Injection d'éther, et injection de sérum 250 gr.

Enfant sexe masculin, 3,200 gr. sans méconium.

Bi-pariétal, 96 millim.

Suites de couches normales. Femme partie en bon état le 21 juin 1886.

L'enfant parti en nourrice le 17 avril, pèse 3,800 gr.

Obs. **750**. — LXXVe *Symphyséotomie,* pratiquée le 3 mai 1896 (Bouffe de Saint-Blaise).

La nommée Philomène L..., primipare, âgée de 24 ans, est admise à la salle de travail le 3 mai 1896, à 9 heures du matin.

Elle a marché à 2 ans et a boité à partir de ce moment ; elle a été réglée à 18 ans, régulièrement.

Ses dernières règles datent du 8 au 12 août (elle est très affirmative) ; elle est à terme, d'après le volume de l'utérus qui est très développé : 37 centim. Le fœtus est très mobile, on le fixe à l'aide de la ceinture eutocique.

La parturiente mesure 1 m. 36. Son membre inférieur gauche est plus court de 3 centim. Elle a une luxation de la hanche gauche.

Elle éprouve les premières douleurs à 2 heures du matin, le 3 mai. A son entrée, le col est en voie d'effacement, les membranes entières. Les bruits du cœur sont normaux.

A 5 heures du soir, la dilatation est complète ; Mlle Rose pratique la rupture artificielle des membranes pendant qu'on maintient la tête fixée. Il s'écoule une certaine quantité de liquide très vert, mais les bruits du cœur sont normaux.

On fait pousser la femme, mais la tête ne fait aucun progrès, bien qu'il y ait un certain chevauchement des pariétaux.

A 6 heures, introduction d'un ballon Champetier grand modèle dans le vagin. La femme est rasée à 6 h. 20 du soir. On la soumet à l'anesthésie chloroformique.

Lavage de la région pubienne au biiodure et à l'éther. Extraction du ballon Champetier pour obtenir une dilatation préalable

de l'orifice vulvaire. Cette extraction est faite avec lenteur et avec une certaine difficulté, la vulve étant très distendue. On pratique le cathétérisme vésical, puis à 6 h. 40, M. Bouffe pratique l'incision cutanée. Il est très difficile d'introduire le doigt dans l'adminiculum, tellement la tête est solidement fixée sous la symphyse.

6 h. 42, section de la symphyse terminée à 6 h. 45. Écartement spontané, 25 millim.; écartement provoqué avec l'écarteur à vis, 7 millim. L'écarteur sensible marque 4 centim. — 6 h. 51. Application du forceps. — 6 h. 56. Rotation au moment où le fœtus fait un mouvement d'inspiration. — 7 heures. Extraction du fœtus, étonné, ranimé après désobstruction des voies respiratoires et frictions. Poids, 3,500 grammes.

Délivrance artificielle immédiate.

Points de suture profonds et superficiels au fil d'argent.

Suites de couches normales, sauf le neuvième jour où la femme à 39°.2 le soir. Elle a de la rougeur très intense et de la douleur a la cuisse au niveau d'une injection de sérum.

Elle part en bon état le 20 juin.

L'enfant pèse à la sortie 4,700 gr.

Obs. 793. — LXXVI° *Symphyséotomie,* pratiquée le 10 mai 1896 (Pinard).

La nommée Marie B..., 32 ans, multipare, entre à la Clinique le 9 mai. Cette femme ne se rappelle pas quand elle a marché, a toujours bien marché.

1er accouchement en 1890, spontané, à terme, d'une fille se présentant par le siège ; morte pendant le travail ;

2e accouchement en 1891, à terme, d'une fille, siège, morte pendant le travail ;

3e accouchement à terme, en 1893, d'un garçon se présentant par l'épaule, mort pendant le travail.

4e accouchement à terme en 1895, épaule, fille morte pendant le travail.

Ses dernières règles datent du 10 au 15 août.

La tête, très mobile, est fixée à l'aide de la ceinture eutocique. Début du travail le 10 mai à 9 heures du matin.

A 4 h. 1/2 du soir, la dilatation étant complète, M. Pinard

mesure le bassin et trouve un diamètre promonto-sous-pubien de 9 centim.

Chloroforme ; toilette vulvaire au biiodure et à l'éther.

M. Pinard commence l'incision à 4 heures 50 et la fait un peu basse ; la présence de nombreuses adhérences rend difficile l'introduction du doigt derrière la symphyse. Section terminée à 5 heures.

La température de la femme est de 36°,9, *120 pulsations*.

Écartement près de 7 centim. ; écartement maximum, 7 centim.

Les membranes sont rompues artificiellement et M. Pinard extrait, par la version interne, un enfant de 4,050 gr., qui est promptement rânimé.

M[lle] Roze pratique immédiatement la délivrance artificielle qui a lieu à 5 h. 10. Il n'y n'a aucune déchirure de la paroi antérieure du vagin, ni des voies génitales.

Points de suture superficiels et profonds au fil d'argent ; pansement.

On fait 400 gr. de sérum ; pouls à 120.

Le soir du troisième jour, la femme a 39°,5 ; 120 pulsations.

Quatrième jour, matin, 38°,5, 140 pulsations ; soir, 40°,3, 148 pulsations.

Cinquième jour, 38° matin et 144 pulsations ; soir, 40° et 160 pulsations.

Sixième jour, 39°,4 matin et 160 pulsations ; soir, 40°,5 et 160 pulsations,

Le 13 mai (3e jour), on soumet la femme à l'irrigation continue et le 14 mai à 10 heures du matin, M. Bouffe pratique le curettage ; extraction de nombreux débris sans odeur.

La malade tousse et crache beaucoup ; les crachats sont sanguinolents ; on entend dans tout le sommet droit de nombreuses sibilances ; matité à la base, râles crépitants.

Le 15 mai, la malade s'alimente et crache moins ; elle a du délire ; langue sèche, on enlève le tampon et on fait une injection intra-utérine.

Deux garde-robes spontanées, urines normales ; ventouses sèches.

16 mai. Agitation toujours très grande, délire.

On soumet la femme à l'irrigation continue ; une piqûre matin et soir de 30 gr. de sérum A.

Hyperesthésie générale ; on cesse l'irrigation à 4 heures du soir.

Morte le 16 mai à 6 heures du soir.

Deux heures après la mort, M. Marmoreck ensemence du liquide provenant de l'utérus ; la plaie symphysienne est réunie par première intention; dans l'espace rétro-symphysien, il y a 10 gr. environ de liquide qui n'a aucune odeur. Autopsie microscopique. Pneumonie lobaire et broncho-pneumonie droite. Œdème et congestion du poumon gauche. Diagnostic bactériologique: pneumonie à pneumocoques.

L'enfant pesait à sa naissance 4,050 gr. Bi-pariétal de 105.

L'enfant pesait à sa sortie 3,950, le 20 mai.

OBS. **1007**. — LXXVII^e *Symphyséotomie*, pratiquée le 12 juin 1896 (BOUFFE DE SAINT-BLAISE).

La nommée Adélaïde C..., 28 ans, secondipare, entre à la Clinique Baudelocque, le 1er juin 1896. Ne se rappelle pas quand elle a marché, a toujours bien marché. Réglée à 15 ans, régulièrement.

Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien, 83.

Premier accouchement à Baudelocque, le 13 mars 1895, à terme. Basiotripsie pratiquée sur enfant mort par M. Pinard, délivrance artificielle.

Cette femme est amenée à la salle de travail le 12 juin 1896, à 10 h. 1/2 du matin. La dilatation est complète, la poche des eaux volumineuse est très tendue, elle arrive presque à la vulve. Craignant qu'elle ne se rompe brusquement, et que le cordon ne soit entraîné, Mlle Roze rompt les membranes. Le liquide est normal, les bruits du cœur sont bien frappés, la tête qui est défléchie ne descend pas; les contractions sont toujours très énergiques. On prépare tout pour pratiquer la symphyséotomie.

11 h. 30. M. Bouffe constate la dilatation complète; la suture sagittale tend à s'éloigner de la symphyse, quoique la tête ne s'engage pas : contractions très violentes, chevauchement très considérable des pariétaux.

Minuit 4. Section de la peau et de la symphyse; celle-ci est sectionnée sans difficulté. La tête débordant très peu ne gêne pas l'introduction du doigt dans l'adminiculum; application de l'écarteur Farabeuf; écartement forcé de 6 centim., qui paraît être le maximum que l'on puisse avoir sans rupture des tissus. A ce

moment, la femme faisant quelques efforts d'expulsion, la tête tend à s'engager; la suture sagittale s'est rapprochée de la symphyse, la fontanelle antérieure est accessible, mais l'oreille postérieure ne dépasse pas le promontoire.

Application de forceps en D.T. Les violents efforts de la femme réussissent à amener la tête sur le plancher du périnée. Rotation facile. Extraction sans rupture des tissus. La suture de la symphyse est pratiquée avant la délivrance. 3 points profonds, 4 superficiels.

Extraction à minuit 10, d'un enfant du sexe féminin, pesant 2,940 gr. Bi-pariétal, 82 millim.

Minuit 20, délivrance naturelle par légère expression.

Suites de couches normales.

Le 4 juillet, plaie parfaitement cicatrisée. Cette femme se lève et marche bien.

L'enfant pèse à sa sortie 2,880 gr.

Obs. **1342**. — LXXVIIIe *Symphyséotomie*, pratiquée le 6 août 1896 (Bouffe de Sainte-Blaise).

La nommée Laurence A..., âgée de 36 ans, multipare, entre à la clinique Baudelocque le 24 juin 1896. Bassin à promontoire accessible.

Cette femme dit avoir marché à 16 mois, toujours bien. Réglée à 16 ans, régulièrement.

1er accouchement, 7 mars 1883, à terme, spontanément, présentation du sommet, d'un garçon mort pendant le travail.

2e Fausse couche de 5 mois, en 1884.

3e Fausse couche de 2 mois, en 1885.

4e accouchement, 3 janvier 1886, à terme. Présentation de l'épaule, forceps pratiqué par un médecin de Chevreuse, fille morte au cours du travail.

5e Le 4 août 1896, petites douleurs, la poche des eaux s'est rompue spontanément; jusqu'à midi, le col reste long. État stationnaire jusqu'au 5 au soir. Dans la nuit du 5 au 6 le travail marche rapidement. A 7 heures du matin, dilatation presque complète. La suture sagittale est exactement derrière la symphyse pubienne. Température 37°,5. Pouls 110.

8 h. 42. Incision de la peau, des tissus profonds, section de la symphyse. Écartement avec l'écarteur Farabeuf, de 6 centim. et

demi. Forceps en D.T. La femme pousse, le fœtus est expulsé et crie. Poids, 3,110 gr. Bi-pariétal, 96 millim.

Délivrance artificielle immédiate. Suture, 2 fils profonds, 2 superficiels.

Dans l'après-midi, température 38°,6, pouls 140. 10 heures du soir, température 36°,8, pouls 120.

12 août. Phlébite de la jambe droite. Pansement de chlorhydrate et injection de sérum, 20 gr. en deux fois.

Le 13. Injection de sérum, L'œdème de la jambe n'a pas disparu, mais il est moins considérable.

Le 14. Injection de sérum matin et soir.

Le 15. Injection de sérum matin et soir.

A partir du 17 août, on cesse les injections de sérum.

La femme part bien portante le 22 septembre.

L'enfant pèse 4,700 gr.

Obs. **1685**. — LXXIX^e *Symphyséotomie*, pratiquée le 25 septembre 1896 (Varnier).

La nommée Armandine S..., 36 ans, XIIpare, entre à la Clinique le 15 septembre 1896.

1er accouchement en 1881. Forceps. Sommet. Fille morte au bout de quatre jours.

2e accouchement à terme en 1882. Présentation de l'épaule. Version interne. Fille bien portante.

3e accouchement en 1884. A terme. Sommet. Forceps. Fille morte à 14 mois.

4e accouchement en 1885. Avortement de 6 mois.

5e accouchement en 1886. Prématuré à 7 mois.

6e accouchement en 1887. A terme. Sommet. Forceps. Enfant mort à 6 semaines.

7e accouchement en 1888. A terme. Spontané. Sommet. Garçon mort à 3 mois.

8e accouchement en 1889. Sommet à terme. Spontané. Fille morte.

9e accouchement 1891. Gémellaire à 8 mois, 1er jumeau. Fille vivante morte à 1 mois. 2e jumeau. Garçon vivant. Mort à 20 jours.

10e accouchement en 1894. A terme. Sommet. Garçon mort-né. Forceps sous chloroforme.

11e accouchement en 1895. A terme. Sommet. Forceps sous chloroforme à Lariboisière. Garçon mort-né.

Grossesse actuelle. — D. R..., 16 au 20 décembre. Hauteur de l'utérus, 39 centim. Femme de petite taille, ayant une légère incurvation des fémurs. Bassin vicié. Diamètre P.S.P. 98 millim.

Le 26 septembre à 9 heures du matin, cette femme entre en travail. A 3 heures du soir, la dilatation est presque complète. La suture sagittale est en rapport direct avec l'angle sacro-vertébral. Sommet D.T.

A 8 h. 30 du soir, la dilatation est complète. Rupture artificielle des membranes ; le liquide est verdâtre.

Les contractions utérines étant très fréquentes et énergiques, M. Bouffe fait donner du chloroforme à la femme pour éviter une rupture possible de l'utérus.

La symphyséotomie est décidée.

A 9 h. 16 du soir. Incision des téguments.

La section du pubis est faite à 9 h. 18.

Écartement spontané 45 millim. Écartement provoqué 6 centim. et demi.

A 9 h. 27, application de forceps. Le fœtus est extrait à 9 h. 32 par M. Varnier.

A 9 h. 35, M. Bouffe pratique la délivrance artificielle.

Points profonds et superficiel au fil d'argent.

L'enfant naît en état de mort apparente. Ranimé à l'aide de frictions et après désobstruction des voies respiratoires. C'est un garçon du poids de 3,580 grammes. Diamètre bi-pariétal 98.

Suites de couches normales (37°,8 le 5e jour).

La mère allaite son enfant. Poids de l'enfant à la sortie, 3,470 grammes.

La mère et l'enfant quittent le service en très bon état le 18 octobre 1896.

Obs. **1977**. — LXXXe *Symphyséotomie,* pratiquée le 13 novembre 1896 (Pinard).

La nommée Marie P..., VIIIpare, âgée de 34 ans, entre à la Clinique Baudelocque le 9 novembre 1896. Cette femme dit avoir marché à 1 an, puis au bout de quelques mois a cessé complètement de marcher ; a recommencé de marcher à 5 ans.

En 1881, première grossesse. Accouchement à terme ; forceps ; enfant mort-né.

En 1882, deuxième grossesse. Accouchement à terme ; siège ; enfant mort-né.

En 1883, troisième grossesse. Accouchement à terme ; sommet ; forceps ; enfant mort.

En 1886, quatrième grossesse. Accouchement à terme ; sommet ; forceps ; enfant mort.

En 1887, cinquième grossesse. Accouchement à terme ; sommet ; forceps ; enfant mort.

En 1889, sixième grossesse. Accouchement provoqué ; 8 mois (Lariboisière). Enfant mort vingt-quatre heures après l'extraction.

En 1891. Accouchement provoqué ; 8 mois (Baudelocque). Ballon. Forceps au détroit supérieur ; enfant nourri au sein de la mère, vivant, bien portant.

Pour la grossesse actuelle, ses dernières règles datent du 20 au 25 février. Présentation du sommet en D.T. Bassin vicié. Diamètre P.S.P. 10,6. Début du travail le 13 novembre à 8 heures du matin ; à 9 heures du soir, dilatation presque complète. On prévient M. Pinard, qui constate que la tête du fœtus est très inclinée (la suture sagittale en contact avec l'angle sacro-vertébral) et décide de pratiquer la symphyséotomie. Anesthésie à 11 h. 30. Section de la peau et de la symphyse à 11 h. 47. Écarteur à vis donne un écartement de 5 centim. Application de forceps en D.A. à 11 h. 50 : écartement avec l'écarteur sensible 3 c. 5 ; pas de tractions exercées ; la tête descend seule dans le petit bassin. A 11 h. 45, extraction du fœtus ; fille du poids de 3,210 grammes en état de mort apparente ; ranimée par désobstruction des voies respiratoires et insufflation.

A minuit, extraction simple du placenta à l'aide d'expression. Injection intra-utérine ; pansement.

Points de suture au fil d'argent ; 4 profonds et 1 superficiel. Opération terminée complètement à minuit 17.

Suites de couches pathologiques. — Abcès de la grande lèvre gauche.

Partie en bon état le 13 décembre 1896. L'enfant pesant 3,590 grammes.

OBS. **1987**. — LXXXI^e *Symphyséotomie,* pratiquée le 15 novembre 1896 (MM. PINARD et BOUFFE).

La nommé Pauline D..., IVpare, âgée de 37 ans, entre à la Clinique Baudelocque, le 3 novembre 1896.

Cette femme ne sait pas à quel âge elle a marché; elle a toujours bien marché.

Première grossesse à 28 ans; accouchement à terme terminé par un forceps sous le chloroforme (St-Louis). Enfant vivant; d'une intelligence peu développée; présentant de l'incontinence d'urine. Deuxième grossesse à 30 ans; accouchement à terme, terminé par un forceps sous le chloroforme (chez elle). Enfant mort 24 heures après l'extraction. Troisième grossesse à 36 ans; avortement de 6 à 7 semaines (chez elle).

Pour la grossesse actuelle, ses dernières règles datent du 2 au 4 février. Présentation du sommet en D.T.

Bassin vicié; promontoire accessible.

Rupture prématurée des membranes le 12 novembre à 2 h. 30 du soir; la femme est amenée à la salle de travail; tête élevée, mobile, tendant à fuir dans la fosse iliaque gauche. Application de la ceinture eutocique.

Température normale.

A 10 h. 30 du soir, début des contractions. A 11 h. 30, au toucher on sent une main; procidence réduite par M^lle Roze. Travail dure les 13, 14 novembre.

L'état général devient mauvais, la température s'élève à 38°, 38°,8 et 39°.

De 5 à 9 heures du matin, dilatation d'une paume de main, orifice très souple. M. Pinard examine la femme et décide de faire pratiquer la symphyséotomie. Temp. : 38°. Anesthésie 10 h. 15. Section de la peau et de la symphyse commencée à 10 h. 34; terminée à 10 h. 38.

Écartement spontané de 2 centim. Pose de l'écarteur à vis, écartement provoqué de 5 centim. Écarteur sensible, écartement de 4 centim. trois quarts.

A 10 h. 40, application de forceps en transversale par M. Pinard; à 10 h. 42, tractions. Liquide qui s'écoule extrêmement fétide. 10 h. 44, extraction très facile du fœtus. Garçon en état de mort

apparente; ranimé, désobstruction des voies respiratoires. Poids de cet enfant 3,650 gr.

Délivrance artificielle immédiate par Mlle Roze.

Liquide et placenta très fétides. Injection intra-utérine après la délivrance et tamponnement à la gaze iodoformée.

Trois points de suture profonds et 4 superficiels au fil d'argent. Pansement terminé à 11 h. 20.

Suites de couches. — Température du 16 : matin 38°; pouls 108; soir 39°; pouls 120.

16, traitement. Injection de sérum A, 10 gr.; irrigation continue à 5 heures du soir; sérum A 20 gr. à 8 heures du soir.

Température du 17 : matin 39°; pouls 116; soir 39°; pouls 124.

Continuation de l'irrigation continue; à 10 heures du matin, sulfate de quinine 0,25 centigr. Sérum A 20 gr.

Température du 18 : matin 38°; pouls 120; soir 38°; pouls 160.

Parotidite infectieuse du côté droit. A 4 heures du soir, gêne de la respiration, point de côté à gauche. Incision de la parotide par M. Baudron; écoulement purulent. Piqûre de morphine. Dans la journée, curettage par M. Bouffe à 11 h. 30.

Température du 19 : Matin 40°. Mort à 9 h. 20 du matin.

État de l'enfant après la naissance, jusqu'à sa mort. — 16 novembre. Dans la soirée, l'enfant a des convulsions; température : 40°. Injection d'éther. Bain à 28°.

Le 17. Temp. : matin 40°. Bain à 28°; injection d'éther.

— — soir 40° — — —

L'enfant tète toujours assez bien.

Le 18. Temp. : matin 40°. Bain à 28°; injection d'éther.

A partir de trois heures du soir, l'enfant a des convulsions qui deviennent de plus en plus fréquentes ; il cesse de crier et de téter et avale avec peine le lait qu'on lui fait prendre à la cuiller.

Mort le 19 à 9 h. 30 du matin.

AUTOPSIE DE LA MÈRE. — Septicémie à streptocoques.

AUTOPSIE DE L'ENFANT. — Hépatisation des *poumons* à la base, *foie*, *cœur*, *reins*, *rate* : normaux.

Les coupes du rein et du foie ne présentent aucun microbe. Les phlyctènes qu'on trouve sur la partie antérieure du thorax, montrent à l'examen direct et dans les cultures des streptocoques.

Obs. **2018**. — LXXXII^e *Symphyséotomie,* pratiquée le 20 novembre 1896 (Wallich).

La nommée Suzanne M..., primipare, âgée de 18 ans, entre à la Clinique Baudelocque le 19 novembre 1896 à 6 heures du matin, venant de l'asile de l'avenue du Maine. Cette femme ne sait pas quand elle a marché, elle a toujours bien marché.

Ses dernières règles datent du 8 au 10 février.

Présentation du sommet en D. T. Bassin vicié.

Diamètre P.S.P. 10.8. — Début de la dilatation à son entrée. A 7 h. 30 du soir, application d'un moyen ballon de Champetier; expulsion du ballon ; procidence du cordon réduite par M^lle Roze. Battements à 140, puis à 100; après réduction 120. A 11 h. 55 du soir, introduction d'un second ballon de gros calibre.

M. Wallich, prévenu, pratique la symphyséotomie. — Anesthésie à minuit 20. Extraction du ballon, sans déchirure, à minuit 23. Section de la peau et de la symphyse terminée à 12 heures 35. Écarteur à vis, écartement provoqué de 5 centim. Écarteur sensible donne 4 centim. 5.

A minuit 45, forceps. Tête très élevée. Branche gauche difficile à introduire. Tractions à minuit 47. La tête descend facilement mais est retenue par l'orifice. Pendant l'extraction l'écarteur sensible donne 6 centim. — 1 heure matin, extraction du fœtus ; fille du poids de 3,250, en état de mort apparente, ranimée. — Délivrance spontanée à 1 h. 15. — Le plafond du vagin est effondré ; on perçoit les deux corps caverneux du clitoris et entre eux la vessie. Points de suture au fil d'argent ; 2 profonds et 8 superficiels. — Pansement.

Suites de couches normales.

Il résulte de ces observations :

1° Que l'agrandissement momentané par symphyséotomie a été pratiqué du 7 décembre 1895 au 7 décembre 1896 :

7 fois chez des primipares ;

7 fois chez des multipares ;

2° Que dans les 14 cas, l'enfant présentait la tête au niveau du détroit supérieur ;

3° Que la symphyséotomie a été pratiquée :

13 fois sur des bassins viciés par le rachitisme ;
1 fois sur un bassin coxo-rachitique (rachitisme et luxation coxo-fémorale) ;

4° Que l'extraction de l'enfant a eu lieu après agrandisse- momentané du bassin :

13 fois à l'aide d'une application de forceps ;
1 fois à l'aide de la version.

Résultat final de ces 14 symphyséotomies :

12 femmes vivantes.	10 enfants vivants.
2 femmes mortes.	4 enfants morts (1).

Mortalité maternelle.

La première femme, morte le 16 mai 1896 (obs. 793, 76e symphyséotomie), était entrée dans le service le 9 mai. Le lendemain le travail se déclarait. Quand je la vis le dimanche 10 mai à 4 heures de l'après-midi, je fus frappé de l'accélération de son pouls (120) et j'en fis l'observation, car chez elle rien d'apparent ni de rationnel ne pouvait expliquer la fréquence de ces pulsations. Le travail avait été rapide et les membranes étaient intactes. La petite difficulté opératoire causée par des adhérences rencontrées à la face postérieure de la symphyse ne produisit aucune complication : il n'y eut ni hémorrhagie ni déchirure. L'écartement des symphyses se fit facilement et jamais je ne fis une version avec plus de facilité. La plaie symphysienne se réunit par première intention. Cependant cette femme mourut six jours après de pneumonie à pneumocoques, ainsi que le démontrèrent l'autopsie et les recherches bactériologiques.

La deuxième femme, morte le 19 novembre 1896 (obs. 1987,

(1) 2 de ces enfants sont morts, l'un le quinzième jour, l'autre le neuvième jour après la naissance, tous deux de broncho-pneumonie.

81e symphyséotomie), était dans le service depuis le 3 novembre (au dortoir).

Le 12 novembre à 2 h. 30 il y eut une rupture prématurée des membranes. Amenée à la salle de travail, on constata en l'examinant qu'il n'y avait pas de début de travail, que la tête était très élevée, mobile et avait une tendance à glisser dans la fosse iliaque gauche. On la fixa à l'aide de la ceinture eutocique.

A 10 h. 30 du soir, apparition des premières contractions utérines douloureuses. A 11 h. 30, on sent par le toucher une main qui fait procidence à travers l'orifice, les membranes rompues. Procidence réduite aussitôt par la sage-femme en chef.

Le 12 et le 13, contractions irrégulières ne produisant que peu de dilatation.

Le 14 dans la soirée la dilatation n'atteignait pas les dimensions d'une pièce de cinq francs. Le liquide amniotique était vert et la température axillaire était de 38°,5 et 39°, le pouls variant de 120 à 130.

Ce ne fut que le 15 à 10 heures du matin que je trouvai l'orifice non pas dilaté, mais assez dilatable pour tenter l'extraction après l'agrandissement du bassin. La température étant à 38° et le pouls à 120.

En raison du mauvais état général de la femme, il fut arrêté que mon chef de clinique pratiquerait la section et l'écartement du bassin et s'occuperait seul de la plaie opératoire ; que je pratiquerais l'extraction de l'enfant et que ma sage-femme en chef pratiquerait la délivrance artificielle. Ce qui fut fait.

La symphyséotomie fut pratiquée de la façon la plus correcte, je n'eus aucune difficulté à extraire l'enfant à l'aide du forceps, il ne se produisit aucune éraillure des parties molles et la délivrance artificielle fut très facile. L'injection intra-utérine, longtemps pratiquée en raison de la fétidité très grande du liquide sortant de l'utérus, ne détermina aucun accident.

Malgré toutes les précautions prises, malgré tous les traitements appliqués cette femme mourut moins de quatre jours après, le 19 novembre à 9 heures du matin. L'autopsie et les recherches bactériologiques démontrèrent que la mort avait été causée par une septicémie généralisée à streptocoques.

Mortalité infantile.

Le premier enfant mort, enfant de la femme L... (obs. 2037, 69e symphyséotomie) semblait n'avoir aucunement souffert pendant le travail. L'extraction fut facile, il se mit à respirer de suite. Allaité par sa mère, il se développait très bien, quand une broncho-pneumonie se déclara le douzième jour et le quinzième jour cet enfant succombait. L'autopsie démontra l'existence d'une broncho-pneumonie sans autre lésion.

Le deuxième enfant, enfant de la femme M... (obs. 83, 70e symphyséotomie), avait subi avant son entrée dans le service cinq applications de forceps et la symphyséotomie ne fut pratiquée que lorsque l'auscultation, longtemps pratiquée, eut démontré la régularité des pulsations fœtales. Mais bien qu'après l'agrandissement du bassin, l'extraction fut facile, l'enfant ne fit qu'une seule inspiration et le cœur ne tarda pas à s'arrêter malgré tous les moyens employés.

L'autopsie du corps a été négative. La tête est en préparation et l'examen du crâne n'a pas encore été fait.

Le troisième enfant, enfant de la femme L... (obs. 124, 71e symphyséotomie), ne paraissait pas avoir souffert ni pendant le travail ni pendant l'extraction. Il se mit de suite à respirer et se développait régulièrement quand une broncho-pneumonie se déclara et l'enleva le neuvième jour.

L'autopsie démontra l'existence d'une broncho-pneumonie.

Le quatrième enfant, enfant de la femme D... (obs. 1987, 81e symphyséotomie), avait beaucoup souffert pendant le travail qui dura quatre jours. L'enfant était infecté, au moment

de l'extraction, la peau était couverte d'un enduit jaunâtre horriblement fétide. Les voies respiratoires étant désobstruées (car un bouchon gélatineux et d'odeur infecte fut aspiré de la trachée) la respiration s'établit régulièrement. Mais le lendemain, l'enfant avait de l'hyperthermie et il succombait le quatrième jour.

L'autopsie fit constater une hépatisation des poumons à la base et l'existence de nombreux streptocoques dans les pustules et les phlycténes disséminées sur le corps. Le crâne ne présente aucune lésion.

Cet exposé fait, je dois rechercher :

1° *Quels accidents et complications se sont produits chez nos opérées soit au moment de l'opération, soit depuis ?*

2° *Quelle est à l'heure actuelle l'état de nos opérées ?*

3° *Ce que nous a enseigné cette cinquième année d'apprentissage ?*

La lecture du résumé des quatorze observations fournit la réponse à la première question. Aucune difficulté opératoire n'a été rencontrée. Dans un seul cas, sur la femme opérée par moi le 10 mai (obs. 793, 76e symphyséotomie) j'ai éprouvé quelques difficultés à passer derrière la symphyse en raison de l'adhérence des tissus, adhérence causée certainement par les traumatismes des accouchements antérieurs. Mais cette difficulté a été facilement vaincue.

Aucune hémorrhagie sérieuse n'a été observée.

Donc, en résumé dans tous les cas, opération facile et exempte de tout accident ou de toute complication, en tant que section de la symphyse et agrandissement momentané du bassin.

Je dois ajouter que si notre manuel opératoire est resté le même, nous avons employé après la section de la symphyse pour agrandir le bassin, un nouvel instrument : l'*Ecarteur du professeur Farabeuf*. Cet instrument très simple permet d'écarter les surfaces sectionnées de la symphyse avec facilité, avec sûreté, et avec une précision absolue. Je ne saurais trop en recommander l'emploi.

Pendant l'extraction de l'enfant nous avons vu se produire, chez des primipares, quelques petites déchirures de la paroi antérieure du vagin, et cela malgré la dilatation préalable du vagin et de la vulve à l'aide du ballon Champetier de Ribes. Ces petites déchirures n'ont eu aucune conséquence fâcheuse et ont toutes guéri par première intention. Dans un seul cas (obs. 2018) la vessie elle-même fut intéressée ; les parties molles faisaient défaut et le vagin et la vulve étaient d'une étroitesse extrême. Cette femme, qui est restée nourrice dans le service, devra subir une opération réparatrice.

Enfin chez une de nos opérées, la dernière (obs. 2081), un abcès de la grande lèvre gauche se produisit pendant les suites de couches et dut être incisé le 19e jour (1).

Tel est le bilan des accidents et complications observés soit au moment de l'accouchement, soit après, dans les quatorze cas d'agrandissement du bassin.

2° *Quel est à l'heure actuelle l'état de santé de nos opérées ?*

J'ai pu vous les montrer presque toutes aujourd'hui et vous avez pu constater que chez elles, comme chez toutes les autres anciennement opérées, la consolidation du bassin ne laisse absolument rien à désirer. Toutes ont pu reprendre leurs occupations ; quelques-unes exercent un métier très fatigant ; il y a deux infirmières que vous voyez tous les jours dans le service, l'une opérée depuis quatre ans, l'autre depuis un an et toutes deux remplissent leurs pénibles fonctions sans plus de fatigue que leurs collègues. Je puis répéter avec plus de preuves encore à l'appui de mon assertion, ce que je disais l'année dernière. Au point de vue de la solidité du bassin, lors de grossesses ultérieures, et au point de vue de la consolidation après une 2e symphyséotomie, ce que j'ai observé chez *douze* de nos femmes me permet de dire que la question est jugée ; il n'y a rien à redouter. La solidité du bassin n'est nullement compromise par les grossesses ulté-

(1) Cette femme a quitté le service parfaitement guérie le 23 décembre.

rieures ou des symphyséotomies répétées. De toutes nos opérées, quatre seulement ont présenté des troubles fonctionnels de l'appareil urinaire, deux par suite des lésions de l'urèthre ou de la vessie (obs. 26, n° 1656 en 1893, et obs. 2018 en 1896) et deux sans lésion apparente de l'urèthre ou de la vessie ont présenté de l'incontinence d'urine (obs. 19, n° 410 en 1893 et obs. 68 n° 1887 en 1895). L'une de ces femmes (obs. 89) venue depuis est radicalement guérie, l'autre présente encore un léger degré d'incontinence au moment des efforts et cela d'une façon intermittente.

3° *Que nous a enseigné cette quatrième année d'apprentissage?*

Elle nous a confirmé dans cette idée à savoir, que l'intervention a d'autant plus de chances d'être suivie de succès complet qu'elle est pratiquée chez une femme dont la période de dilatation a été rapide.

Il suffit de lire nos observations pour se convaincre que ce ne sont pas les femmes chez lesquelles ont été produites des lésions des parties molles qui ont présenté des suites de couches pathologiques, mais bien celles qui, multipares ou primipares, présentaient de l'élévation de température par suite de la longueur du travail au moment de l'intervention.

Et je me repens amèrement aujourd'hui de n'avoir pas hâté la dilatation chez la femme opérée le 15 novembre qui resta 4 jours en travail et qui présentait de l'hyperthermie depuis deux jours avant l'opération. Il y avait eu procidence d'un bras, et je craignais, en introduisant un ballon, de déplacer la tête et de comprimer le cordon. Cette crainte de causer la mort de l'enfant a vraisemblablement entraîné la mort de la mère.

Aussi aujourd'hui, je pense que chez une femme justiciable de la symphyséotomie et dont l'utérus serait infecté, il serait peut-être préférable de pratiquer la gastro-hystérotomie suivie de l'hystérectomie totale plutôt que l'agrandissement momentané du bassin. L'avenir dira si en pensant ainsi je suis dans le vrai.

Vous le voyez, chaque année, je dirais volontiers chaque intervention, nous apprend quelque chose, et c'est en enregistrant, comme nous essayons de le faire, les détails de chaque observation, que nous posséderons avant longtemps, je crois, les matériaux nécessaires pour formuler d'une façon suffisante sinon précise les indications et les contre indications de cette belle opération. Car son bilan comporte autre chose que ce que je viens de vous exposer. Directement ou indirectement son influence s'est fait sentir chez nombre de femmes à bassin retréci qui sont venues accoucher dans le service.

Et avant de vous donner le tableau de tous les retrécissements du bassin, permettez-moi de vous soumettre une remarque.

Cette année encore cinq femmes symphyséotomisées antérieurement sont venues accoucher dans le service, et l'accouchement a eu lieu cette fois spontanément. Or en considérant le poids des enfants et les diamètres de l'extrémité céphalique, je suis disposé à admettre que l'agrandissement momentané du bassin n'est peut-être pas absolument momentané. Je ne puis aujourd'hui que signaler le fait, me réservant d'y revenir plus tard.

Cela dit, voici le tableau de tous les rétrécissements du bassin reconnus du 7 décembre 1895 au 7 décembre 1896, qui nous donne le résumé ci-dessous :

Rétrécissement

Nº D'ORDRE	Nº DES OBSERVATIONS	MOIS	JOUR	*Multipares*			*Primipares*	
				ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOU[…] MEN[…] ARTIF[…]
							DÉCEMB[…]	
1	1948	*Déc.*	10	1er accouch. Basiotripsie. Enfant 3850.	10 h. 1/2	»	»	[illegible]
2	1962	Id.	12	»	»	»	40 h.	»
3	1971	Id.	13	»	»	»	»	Forceps […]
4	1986	Id.	16	2 acc. spont. à terme. 1 prématuré.	16 h. 1/2	»	»	»
5	2006	Id.	18	2 avortem. 2 accouch. spont. à terme.	4 h. 10	»	»	»
6	2037	Id.	24	»	»	»	»	*Symph.* […] ceps.
7	2064	Id.	29	1 acc. à terme. Enf. mort à 2 jours.	26 h.	»	»	»
8	2069	Id.	30	»	»	»	»	Forceps […]
							ANNÉ[…]	
1	22	*Janv.*	5	1 accouch. gémellaire spontané.	9 h.	»	»	»
2	31	Id.	6	»	»	»	11 h. 1/2	»
3	83	Id.	14	»	»	»	»	Symph. […]
4	87	Id.	15	»	»	»	»	Forc[…]
5	92	Id.	16	»	»	»	22 h.	»
6	121	Id.	22	»	»	»	»	Césarien[…] putation […] ovariq[…]
7	124	Id.	22	1 acc. provoqué forceps. Enf. mort fracture du crâne.	»	»	»	Symph. […]
8	125	Id.	22	1 acc. spont. Enf. vivant.	10 h.	»	»	»
9	127	Id.	23	»	»	»	»	Forc[…]
10	132	Id.	23	2 acc. spont. sommet. 1 Épaule, version. 3 enfants vivants.	25 h. 35	»	»	»
11	150	Id.	28	1er acc. spont. som. Enf. viv. 2e acc. siège enf. viv. 3e acc. épaule. Enf. mort; 4e siège. Enfant mort.	»	»	»	Basiotr[…] enfant […]
12	164	Id.	28	»	»	»	25 h. 45	»
13	215	*Févr.*	9	»	»	»	6 h. 55	»
14	230	Id.	11	»	»	»	11 h.	»
15	253	Id.	13	1 acc. spont. à terme. Enf. vivant.	10 h. 50	»	»	»
16	281	Id.	19	»	»	»	59 h.	»
17	295	Id.	21	1 accouch. prématuré à 6 mois.	»	»	»	»

u Bassin.

ATIONS IENNES	DIAMÈTRE PROM. S.-PUB.	DIAMÈTRE BI-PARIÉTAL	POIDS DE L'ENFANT à la naissance	POIDS DE L'ENFANT à la sortie	ÉTAT A LA SORTIE de la mère	ÉTAT A LA SORTIE de l'enfant	DATE DE LA SORTIE	SEXE	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
395									
itique.	10.5	8.6	2390	2250	Bon	Bon	18 déc. 1895.	G.	F. du dehors. Acc. avant terme. Hémorrhagie sous-choriale.
itique.	10.8	9.2	2900	3200	Id.	Id.	21 »	G.	F. du dortoir (entrée le 23 novembre).
ntaire ssible	»	9.4	3150	3320	Id.	Id.	23 »	G.	F. du dehors.
étrique	10.3	8.7	1980	1950	Id.	Id.	26 »	F.	Utérus cordiforme. Acc. 8e mois. F. du dehors.
	10.8	9.2	3030	3400	Id.	Id.	28 »	F.	F. du dortoir.
itique	10.3	9.2	3070	»	Id.	Mort	1 fév. 1896.	F.	F. du dehors. (Enf. mort 15 jours de br.-pneumon.
itique	10.3	9.5	3760	3980	Id.	Bon	7 janv. id.	G.	Femme envoyée de l'Hôtel-Dieu.
étrique	»	10	3950	»	Id.	Mort	23 janv. id.	G.	F. du dortoir.
96									
t. aplati	10.8	9.5	3550	3740	B. p.	Viv.	14 janvier.	G.	F. du dehors.
Id.	9	8.7	2800	2950	Id.	Id.	Id.	F.	F. du dehors.
Id.	10.8	9.3	3680	»	Id.	Mort.	»	G.	F. du dehors, 5 appl. de forceps en ville.
Id.	11	9.7	2900	2800	Id.	Viv.	28 janvier.	G.	F. du dehors.
Id.	10.5	»	2500	»	Id.	Mort.	»	G.	F. du dortoir. Enf. macéré syphilitique.
métrique ur rachi- et sacro- ie supp.	10.3	10.1	3650	4760	Id.	Viv.	28 mars..	G.	F. du dortoir entrée le 18 janvier.
t. aplati	»	10	3480	3280	Id.	Id.	27 février.	G.	F. du dortoir entrée le 8 janvier.
algique trique.	»	8.9	3080	3160	Id.	Id.	31 janvier.	F.	F. du dehors.
t. aplati	10.8	9.4	2940	3190	Id.	Id.	3 février.	G.	F. du dortoir entrée le 22 septembre 1895.
d.	10.8	9.8	3370	3290	Id.	Id.	2 février.	F.	F. du dehors.
d.	prom. bas. 10.8	»	3300 sans subst. céréb.	»	Id.	Mort.	»	G.	F. du dehors ayant subi 2 appl. de forceps infructueuses.
d.	10.8	9.5	2960	3080	Id.	Viv.	14 février.	G.	F. du dortoir.
d.	angle acces.	9.7	3350	3530	Id.	Id.	18 février.	F.	F. du dortoir depuis 6 semaines.
d.	Id.	9.5	3990	4050	Id.	Id.	22 février.	G.	F. du dehors.
d.	11	9.5	3220	3220	Id.	Id.	21 février.	F.	F. du dehors.
d.	11	9	3000	3070	Id.	Id.	28 février.	F.	F. du dehors.
»	8	»	»	»	Id.	Mort.	»	»	Enfant macéré de 4 mois.

N° D'ORDRE	N° DES OBSERVATIONS	MOIS	JOUR	*Multipares* ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	*Multipares* ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	*Multipares* ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	*Primipares* ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	*Primipares* ACCOU[CHEMENTS] ARTIFI[CIELS]
18	298	Id.	22	»	»	»	24 h.	»
19	299	*Fév.*	22	1er accouch. spont. à 8 mois. Enfant vivant.	14 h. 35	»	»	»
20	301	Id.	24	3 accouch. spont. à terme. Enf. vivant.	4 h. 15	»	»	»
21	318	Id.	25	»	»	»	27 h. 50	*Symph[…]*
22	326	Id.	25	»	»	»	47 h.	basiotrip[…] enf. m[…]
23	361	*Mars*	2	»	»	»	72 h.	*Symp[…]* Forc[…]
24	369	Id.	3	»	»	»	18 h.	»
25	392	Id.	9	2 acc. 2 Forceps. 1er Enfant vivant ; 2e mort pendant le trav.	7 h.	»	»	Forc[…]
26	424	Id.	13	»	»	»	7 h. 50	»
27	428	Id.	14	2 acc. spont. à terme. 2 Enf. vivants. 1 acc. 1894 (Charité). Forceps, mort de convulsions 8 jours après.	12 h. 30	»	»	»
28	438	Id.	14	1er acc. à 6 mois, 2e spont. à terme. 3e acc. à 8 mois. Enf. mort à 15 j. 4e acc. provoqué à 7 mois (Maternité) en juin 1894. Sommet, garçon. Mort au bout de 24 h.	12 h. 35	»	»	»
29	494	Id	23	1 acc. spont. Enf. vivant.	6 h. 50	»	»	»
30	505	Id.	25	»	»	»	4 h. 55	»
31	510	Id.	26	»	»	»	46 h. 30	*Symp[…]* Forc[…]
32	533	Id.	29	4 acc. spont. à terme. Enf. vivants.	4 h. 10	»	»	»
33	546	*Avril*	1	»	»	»	13 h. 55	»
34	557	Id.	3	1er accouchement spontané à terme.	2 h.	»	»	»
35	580	Id.	7	»	»	»	4 h. 30	»
36	601	Id.		1er acc. sp. à terme, 2e acc. à terme, forceps.	10 h. 40	»	»	»
37	611	Id.	10	1er accouchement spontané à terme.	7 h.	»	»	»
38	628	Id.	14	»	»	»	10 h. 45	»
39	652	Id.	17	»	»	»	33 h. 25	Basio[…] enf. […]
40	656	Id.	18	»	»	»	17 h. 50	»
41	658	Id.	19	»	»	»	41 h. 25	Forc[…]
42	695	Id.	24	4 acc. sp. à terme. Enfants morts.	11 h.	»	»	»

…ATIONS …IENNES	DIAMÈTRE PROM. S. PUB.	DIAMÈTRE BI-PARIÉTAL	POIDS DE L'ENFANT à la naissance	POIDS DE L'ENFANT à la sortie	ÉTAT À LA SORTIE de la mère	ÉTAT À LA SORTIE de l'enfant	DATE DE LA SORTIE	SEXE	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
…ymétrique	10.6	9.2	3170	3050	B. p.	Viv.	5 mars..	G.	F. du dortoir scolio-cyphotique.
…n aplati.	10.6	10.5	3300	3600	Id.	Viv.	2 mars..	G.	F. du dehors.
Id.	10	8.7	2920	3180	Id.	Id.	3 mars..	G.	F. du dehors.
Id.	»	9.7	3960	4210	Id.	Id.	31 mars..	G.	F. du dehors.
…ique ovа-…aire.	»	»	3430 sans subst. céréb.	»	Id.	Mort.	»	F.	F. du dortoir.
…a aplati.	10.3	9	2945	2920	Id.	Viv.	5 mars..	G.	F. du dehors.
»	10.7	9.5	3890	3560	Id.	Id.	14 mars..	G.	F. du dortoir.
… asymétr.	9.8	8.5	2430	2580	Id.	Id.	19 mars..	G.	»
…m. Luxa-…ongénitale	9.5	9.5	2650	2960	Id.	Id.	22 mars..	F.	F. du dortoir.
…n aplati.	angl. acc.	9.8	3850	4200	Id.	Id.	22 mars..	F.	F. du dehors.
Id.	10	8.7	2550	2600	Id.	Id.	22 mars..	G.	F. du dortoir.
Id.	angl. acc.	9	3280	4120	Id.	Id.	15 avril...	F.	»
Id.	10.8	9	2930	3300	Id.	Id.	3 avril...	F.	»
Id.	»	9.6	3200	3800	Id.	Id.	17 avril...		Tentatives de forceps en ville
Id.	10.2	10.1	3820	3640	Id.	Id.	6 avril..		F. du dehors.
…pl. coxal.	10.2	9	2780	2600	Id.	Id.	10 avril..	F.	F. du dortoir.
…itisme	10.9	9.6	3700	3670	Id.	Id.	11 avril..	G.	F. du dortoir.
Id.	10.7	9.2	2980	2830	Id.	Id.	12 avril..	F.	F. du dortoir.
Id.	10.8	9.8	3150	3420	Id.	Id.	18 avril..	G.	F. du dortoir.
… Cyph.	?	9	3200	3270	Id.	Id.	25 avril..	F.	F. du dortoir depuis 6 j. F. présentant de petits fibromes du fond de l'utérus et une éventration considérable.
…otique	?	9	2930	3170	Id.	Id.	23 avril..	F.	F. du dehors.
…itique	10.5	?	3150	»	Id.	Mort-né.	28 avril..	F.	Procidence du cordon. Enf. mort pendant le travail.
…accessibl.	?	?	3480	»	Id.	Id.	28 avril..	G.	F. du dehors.
…itique	10.6	9.2	3470	»	Id.	Mort. le 22 avril.	9 juillet.	G.	Fœtus présentant de l'ascite.
Id.	10.7	?	2800	»	Id.	Macéré.	3 mai...	F.	F. du dehors présentant de l'hydramnios.

N° D'ORDRE	N° DES OBSERVATIONS	MOIS	JOUR	*Multipares*			*Primipares*	
				ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOU MENT ARTI
43	723	*Avril*	28	1[er] acc. Basiotripsie. 2[e] acc. siège à terme. Le 2[e] enf. mort à 4 mois.	17 h.	»	»	»
44	732	Id.	30	»	»	»	7 h.	»
45	750	*Mai*	3	»	»	»	10 h.	Symphys
46	782	Id.	8	»	»	»	11 h. 30	»
47	786	Id.	9	»	»	»	38 h. 45	Por
48	796	*Mai*	10	4 enf. à terme prés. autres que le sommet. tous morts pend. le trav.	»	Version par manœuv. inter.	»	Symph
49	859	Id.	20	2 acc. spont., enf. viv., 1 prém. à 7 mois enf. mort.	8 h. 50	»	»	»
50	886	Id.	25	1 acc. symph. Enf. viv. n° 1322 de 1893.	5 h.	»	»	»
51	912	Id.	29	»	»	»	8 h.	»
52	960	*Juin*	5	»	»	»	7 h. 50	»
53	973	Id.	7	1 acc. forceps. Enf. mort. 2 avort. 3 acc. spont. Enf. vivant.	4 h.	»	»	»
54	1007	Id.	13	Basiotripsie sur enfant mort.	»	»	?	Symph
55	1109	Id.	29	»	»	»	13 h. 25	»
56	1131	*Juill.*	4	1 acc. à terme. Enfant vivant.....	8 h. 30	»	»	»
57	1179	Id.	9	3 acc. spont. à terme. 2 forceps à terme. Tous les enf. vivants.	11 h. 30	»	»	»
58	1182	Id.	9	1 acc. prémat. Enfant vivant. 2 acc. à terme. Enfant mort pendant le travail.	5 h. 40	»	»	»
59	1232	Id.	17	1 enfant à terme. *Symphyséot.* n° 343 de 1894.	34 h.	»	»	»
60	1292	Id.	29	3 acc. à terme sommet. 1 acc. prem. spont. Enfants vivants.	15 h.	»	»	»
61	1342	*Août.*	6	1 acc. spont. à terme. Enfant mort pendant le travail. 1 forcep. 2 avortements.	»	»	?	*Symp*
62	1370	Id.	10	1 acc. spont. à terme, sommet....	14 h. 25	»	»	»
63	1375	Id.	12	2 acc. spont. à terme, sommet. Enfants vivants.	14 h. 30	»	»	»
64	1376	Id.	12	1 acc. spont. à terme, 1 forceps. 2 enfants vivants.	8 h. 20	Forceps. (rue d'Assas).	»	»
65	1415	Id.	18	»	»	»	44 h. 40	»
66	1423	Id.	19	»	»	»	21 h. 40	»
67	1528	*Sept.*	4	»	»	»	8 h. 5	»
68	1579	Id.	12	3 acc. à terme. Enfants vivants.	?	»	»	»
69	1600	Id.	16	1 acc. siège. Enf. mort après sa naissance. 2 acc. siège. Enf. mort pendant l'accouchement.	5 h. 35	»	»	»
70	1603	Id.	16	»	»	»	?	»
71	1626	Id.	19	1 acc. avant terme. Enf. mort.....	11 h. 60	»	»	»
72	1653	Id.	23	3 acc. prém. 1 avortement. 4 enf. morts à terme. Intervention sous le chloroforme.	8 h. 40	»	»	»

...ATIONS ...IERNES	DIAMÈTRE PROM. S. PUB.	DIAMÈTRE BI-PARIÉTAL	POIDS DE L'ENFANT à la naissance	à la sortie	ÉTAT A LA SORTIE de la mère	de l'enfant	DATE DE LA SORTIE	SEXE	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
...itique	10.5	9.7	3150	3100	B.P.	Vivant.	4 mai...	F.	F. du dehors.
...ccessibl.	?	9.2	2900	3050	Id.	Id.	11 mai...	F.	F. du dehors.
...on cong. ...térale.	10.2	10.1	3500	4700	Id.	Id.	20 juin...	G.	F. du dortoir.
?	10	8.4	3150	3340	Id.	Id.	18 mai...	F.	F. du dortoir depuis 2 jours.
...itique	8	9.5	2950	4300	Id.	Id.	Id.	G.	F. du dehors.
...rachitiq.	9	10.5	4050	?	Mort.	Id.	»	»	?
»	10.5	8.5	2610	2550	B. p.	Id.	27 mai	F.	F. du dortoir.
...-cyphose	»	8.4	2600	2870	Id.	Id.	3 juin	F.	F. du dehors.
...rachitiq.	10.1	9	3000	2920	Id.	Id.	5 juin.	F.	F. du dortoir.
...rachitiq.	10.6	10.2	3050	3450	Id.	Id.	18 juin.	G.	F. du dortoir.
Id.	9.8	8.3	2710	2660	Id.	Id.	16 juin.	F.	?
Id.	8.3	8.2	2940	2880	Id.	Id.	4 juillet.	F.	F. du dortoir.
...bas. ?	10.5	8.3	3050	3050	Id.	Id.	8 juillet.	F.	F. du dehors.
»	10	8.7	3740	3410	Id.	Id.	11 juillet.	F.	F. du dehors. Utérus bicorne.
...aplati.	10.5	9.6	3200	3300	Id.	Id.	19 juillet.	G.	F. du dehors.
...taille ...femme ...40.	»	9	2510	2670	Id.	Id.	18 juillet.	F.	F. tuberculeuse. F. du dehors.
...hitique.	10.2	8.8	2980	2900	Id.	Id.	26 juillet.	F.	F. du dehors.
Id.	10	9.4	3578	3620	Id.	Id.	8 août..	G.	F. du dehors.
Id.	9.9	9.6	3110	4700	Id.	Id.	22 sept..	G.	F. du dortoir.
...hitique.	10.7	9.1	2490	2790	Id.	Id.	21 août..	F.	F. du dehors.
...ccessible.	?	10	3900	3980	Id.	Id.	21 août..	G.	F. du dehors.
...hitique.	10.3	9.7	3800	3380	Id.	Id.	21 août..	G.	F. du dehors. Procidence du cordon et d'un bras.
...aplati.	10.7	8.6	3620	3370	Id.	Id.	26 août..	F.	F. du dehors.
...hitique.	10	9.9	3570	3350	Id.	Id.	29 août..	G.	F. du dehors.
...luxation ...génitale	»	9.2	3250	3070	Id.	Id.	14 sept.	G.	F. du dortoir.
»	10	9.2	2770	2850	Id.	Id.	22 sept.	F.	F. du dehors.
...rachitiq.	11.3 ?	8.6	2880	2890	Id.	Id.	26 sept.	F.	F. du dortoir.
Id.	10.3	9.3	3300	3290	Id.	Id.	26 sept.	G.	F. du dortoir.
...scoliot.	Bi-ischiat 7.2	Enf. macéré	»	»	Id.	»	29 sept.	»	F. du dortoir.
...acci- ...dentelle	?	?	1200	990	Id.	mis aux débiles	1er octob.	G.	F. du dehors.

N° D'ORDRE	N° DES OBSERVATIONS	MOIS	JOUR	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	*Primipar[…]* — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	*Primipar[…]* — ACCOU[…] MEN[…] ARTIF[…]
73	1685	*Sept.*	27	4 acc. à terme, forceps. 3 acc. spont. à terme. 3 acc. prém. 1 version. Tous les enfants sont morts sauf le dernier (version).	24 h. 32	*Symphys.*	»	»
74	1687	Id.	28	1 acc. forceps. Enf. mort pendant l'extraction.	18 h. 45	»	»	»
75	1720	*Octob.*	3	»	»	»	8 h. 20	»
76	1726	Id.	4	3 acc. spont. et à terme. Enf. viv. à la naissance.	4 h.	»	»	»
77	1792	Id.	14	2 acc. spont.; 3 acc. symphyséot. n° 378 de 1894.	3 h. 10	»	»	»
78	1809	*Oct.*	16	»	»	»	27 h. 40	Forc[…]
79	1867	Id.	25	1 acc. à terme. 2e acc. Ballon. 3e acc. à terme. 4e acc. siège. 2 enf. viv.	?	»	»	»
80	1980	*Nov.*	14	1 *acc. Symphys.* en 1893. Obs. 722. 2e avortement.	»	»	»	Embry[…] sur cal. […]
81	1977	Id.	13	4 acc. à terme. Forceps. 1 acc. à terme. Siège, tous enf. morts. 2 acc. provoqués. 1 seul enf. viv.	15 h. 54	5 Forceps antérieurs.	»	*Symph[…]*
82	1987	Id.	15	1 acc. à terme. Sommet. Forceps (Saint-Louis), sous chloroforme. 2e acc. à terme. Forceps mort pendant l'extraction. 3e avort. de 3 mois.	?	2 Forceps	»	*Symph[…]*
83	2018	Id.	16	»	»	»	?	*Symp[…]*
84	2048	Id.	25	1 acc. prémat. à 7 mois. Hydropisie de l'amnios. Enf. mort après 16 h. 1600 gr.	9 h. 30	»	»	»
85	2065	Id.	28	»	»	»	?	»
86	2067	Id.	28	1 acc. spont. à terme. Sommet. Enf. viv. 2e avort. de 4 mois.	?	»	»	Version […]
87	2081	Id.	28	2 acc. spont. à terme. Enf. viv. 3e *Symphyséot.* à Baudelocque, 1893, n° 160. 4e acc. spont. à terme dans le service.	6 h.	Symphystéotom en 1893 (n° 160).	»	»

...ATIONS ...IENNES	DIAMÈTRE PROM. S. PUB.	DIAMÈTRE BI-PARIÉTAL	POIDS DE L'ENFANT à la naissance	à la sortie	ÉTAT A LA SORTIE de la mère	de l'enfant	DATE DE LA SORTIE	SEXE	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
rachitiq.	9.8	9.8	3440	3470	B. p.	Viv.	18 octob.	G.	F. du dortoir.
.aplati	10	8.3	3600	3750	Id.	Id.	7 octob.	F.	F. du dehors.
rachitiq.	10.2	8.4	2500	2500	Id.	Id.	1er octob.	F.	*Id.*
Id.	10.8	9.5	3500	3570	Id.	Id.	16 octob.	G.	F. du dortoir.
Id.	9.2	9	2725	2730	Id.	Id.	22 octob.	G.	F. du dehors.
achitique	9.9	9.5	2800	2460	Id.	Viv.	24 oct.	G.	F. du dehors.
id.	10.3	9	3085	3150	Id.	id.	3 nov.	F.	F. du dehors.
id.	»	»	1050	»	Id.	Mort	25 nov.	G.	F. du dehors.
id.	10.6	8.2	3210	3590	Id.	Viv.	13 déc.	F.	F. du dortoir.
achitique	Angle acces.	9.8	3650	»	Morte	Mort	»	G.	F. du dortoir.
id.	10.8	11	3250	3800	B. p.	Viv.	nourrice	F.	F. du dehors.
o-cyphose à puberté	Normal	»	3050	3000	Id.	Viv.	6 déc	G.	F. du dehors.
Rachitique	10.2	9.2	2900	3030	Id.	Id.	6 déc.	F.	F. envoyée de la Pitié.
achitique	Angle acces.	9.7	3620	3730	Id.	Id.	11 déc.	G.	F. du dehors.
achitique	9.9	10	3410	3490	Id.	Id.	23 déc.	G.	F. du dortoir.

Nombre total des rétrécissements du bassin, du 7 décembre 1895 au 7 décembre 1896.

Femmes..... 95 { Femmes sorties bien portantes .. 93
Femmes mortes................ 2

95

Enfants vivants..... 82.

Morts....... 13 {
4 macérés.
4 nés vivants et morts quelques jours après la maissance.
5 morts avant ou pendant le travail.

Accouchements spontanés..... 68 = 4 enfants morts

Accouchements artificiels. 27 {
14 symphyséotomies.
10 enfants sont vivants, 4 morts.
2 opérations césariennes suivies de l'amputation utéro-ovarique.
2 enfants vivants.
1 version.
1 enfant vivant.
6 applications de forceps.
5 enfants vivants, 1 mort.
3 basiotripsies sur enfants morts.
1 embryotomie sur enfant mort.

UNE ENDÉMIE DE PARALYSIES RADICULAIRES OBSTÉTRICALES

Par le Dr **Yves Guillemot**.

L'idée de ce travail m'a été inspirée par M. le Dr Prouff, de Morlaix. Ayant eu l'occasion d'observer de nombreux cas de paralysies radiculaires du membre supérieur, ce distingué confrère avait facilement pu se convaincre qu'elles étaient obstétricales et, fait remarquable, survenues chez des nouveau-nés, tous extraits par les pieds et *par la même sage-femme.*

Le nombre des paralysés s'élève au moins à une trentaine. J'ai pu en retrouver 12 dont voici, sans commentaires, les observations :

Observation I.

François L..., 23 ans, a eu 6 frères et sœurs, tous morts. Père mort, la mère vit ; elle a les pieds bots en varus équin.

Les deux omoplates, très éloignées de la colonne vertébrale, ont leurs bords spinaux obliques en bas et en dehors. La droite est la plus élevée. Le malade ne peut ni les rapprocher ni les abaisser ; il les élève bien. Au repos, les deux bras sont écartés du tronc, dans la position où ils se trouvent quand il y a luxation de l'humérus en dedans (fig. 1 et 2).

Membre thoracique droit. — L'articulation scapulo-humérale droite est ankylosée, et les mouvements d'élévation presque jusqu'à l'horizontale, de projection en avant que le membre exécute, sont dus à l'omoplate. La projection du bras en arrière ne se fait pas. Les muscles trapèze inférieur, rhomboïde, deltoïde, sus-épineux, sous-épineux, grand dorsal sont atrophiés.

L'humérus est en rotation en dedans ; pas de rotation en dehors.

L'extension de l'avant-bras est impossible ; à la région postérieure, directement sous la peau, on sent l'humérus ; le triceps n'existe plus. La flexion se fait avec force.

L'articulation du coude présente des lésions graves. Le radius

est luxé en avant, le cubitus en dedans. Ces lésions seraient survenues à la suite d'une chute que le malade aurait faite à l'âge de 3 ans, chute qui aurait amené une luxation des deux coudes. La flexion et l'extension sont très limitées. L'extension provoquée au coude ne dépasse pas l'angle droit. Tous les muscles de l'avant-bras sont atrophiés. A la main les éminences thénar et hypothénar sont très réduites. Tous les doigts sont

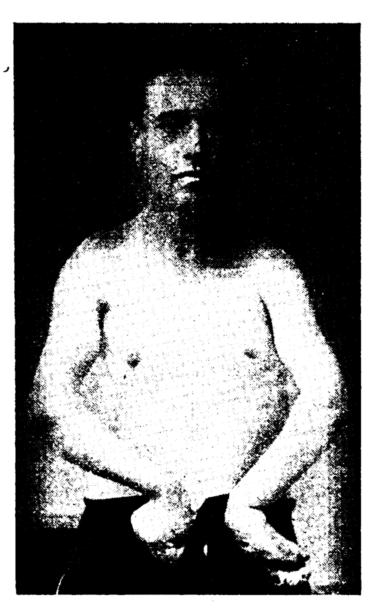


FIG. 1.

FIG. 2.

fléchis dans la main, excepté le petit. Le pouce et le médius, très rétractés, sont inextensibles. Sur le bord interne de l'avant-bras, depuis les deux derniers doigts jusqu'au coude, la sensibilité est très émoussée. Analgésie moins étendue, dans la même région.

Hémiatrophie faciale légère, narine de ce côté plus effilée. Fente palpébrale rétrécie, myosis.

Au *membre thoracique gauche*, ankylose partielle de l'articulation scapulo-humérale, luxation du coude comme au bras droit. Bras en rotation en dedans; rotation en dehors impossible.

Au coude, flexion assez étendue, pas d'extension. Au poignet la flexion et l'extension se font bien.

Les 4 derniers doigts de la main se fléchissent normalement. Le pouce est rétracté en dedans; la première phalange se luxe à angle droit en arrière.

Les muscles sus et sous-épineux, deltoïde, triceps sont atrophiés ainsi que le long supinateur, les muscles des éminences thénar et hypothénar. Les extenseurs des doigts ont diminué de volume.

Le malade écrit avec ses deux mains; il saisit l'extrémité du porte-plume entre le pouce et l'index de la main droite, entre l'index et le médius de la main gauche. Il ne peut s'habiller.

Observation II.

Pierre B..., 18 ans, a six sœurs plus âgées que lui, toutes bien constituées, les parents sont bien portants.

L'accouchement a eu lieu par le siège, la paralysie a été constatée trois jours après la naissance.

L'omoplate droite est plus éloignée de la colonne vertébrale et peu abaissée. La colonne vertébrale présente dans la région cervicale une scoliose convexe à gauche; les mouvements d'élévation et d'adduction de l'omoplate se font bien, l'abaissement est un peu limité (fig. 3 et 4).

Le bras droit est écarté du tronc à 45° en rotation en dedans. L'avant-bras est à angle droit sur le bras et en supination forcée. La rotation en dedans est très énergique; pas de rotation en dehors. Le muscle sous-scapulaire est bien conservé; pas de sus et de sous-épineux.

Le malade élève les bras au-dessus de l'horizontale. Le deltoïde est assez bien conservé, de même les fléchisseurs de l'avant-bras. Pas de traces de triceps. Le grand dorsal, le grand pectoral sont à moitié atrophiés.

Au coude, luxation du radius en avant.

La flexion du poignet est assez énergique; les fléchisseurs sont conservés. Pas d'extenseurs.

Les éminences thénar et hypothénar ont un volume à peu près normal. La face palmaire tournée en dehors est en supination. Le malade fléchit les doigts et le poignet qui est en quart de flexion. Ongles écailleux.

Dans son ensemble, le bras ressemble à celui d'un enfant de dix ans.

La sensibilité est conservée.

Le bras gauche pend inerte le long du corps en rotation en dedans. L'avant-bras est légèrement fléchi ainsi que le poignet. La tête de l'humérus a été fracturée, car nous trouvons un cal au niveau de l'extrémité supérieure. Plus de deltoïde, le grand pectoral est assez bien conservé, le grand dorsal beaucoup moins.

Fig. 3.

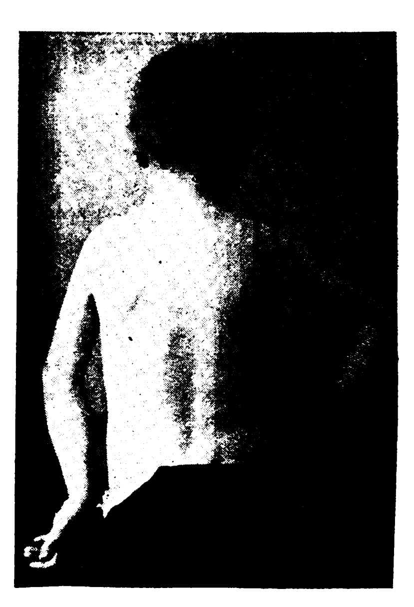


Fig. 4.

Pas de traces de sus et de sous-épineux. Rotation très forte en dehors ; le sous-scapulaire est normal. Fléchisseurs de l'avant-bras détruits. Triceps réduit au quart.

Avant-bras en pronation forcée. Face palmaire tournée en avant et en arrière. — Poignet demi-fléchi. Extenseurs de la main disparus. — Fléchisseurs conservés. — Le malade étend et écarte les doigts sans force.

Les éminences thénar et hypothénar sont à peu près normales Troubles trophiques des ongles.

Légère atrophie faciale gauche. Pupilles égales des deux côtés.

Déformation thoracique en rapport avec la disposition des muscles pectoraux.

Le malade ne peut s'habiller seul.

Pour écrire, le malade place le porte-plume entre les extrémités de l'index et du médius gauche pendant que la main droite, placée en dessous avec la paume tournée en haut, soutient l'instrument.

Observation III.

Pierre C..., 21 ans, a six frères et sœurs dont cinq plus âgés que lui et nés à Brest, sont forts et bien constitués. Le sixième, né comme Pierre à Morlaix, présente des lésions que nous verrons plus loin.

L'accouchement a eu lieu par le siège. Trois semaines après la naissance, les parents ont constaté une paralysie des deux membres supérieurs.

Au moment de notre examen, le malade présente une légère scoliose convexe à gauche à la région cervicale inférieure, *un torticolis à droite* et un cal au niveau de la clavicule droite, reliquat d'une fracture au moment de la naissance.

Des deux épaules, la gauche est plus élevée que la droite. Les deux omoplates s'élèvent bien, mais ne peuvent ni s'abaisser, ni se rapprocher. Le trapèze inférieur, le rhomboïde sont donc lésés des deux côtés.

Le membre supérieur droit pend le long du corps. L'articulation de l'épaule ne jouit pas de tous ses mouvements, et nous ne pouvons élever le membre au-dessus de l'horizontale.

Le malade porte bien son bras en avant, lui fait exécuter les mouvements de rotation en dedans et en dehors, mais ne peut ni l'élever, ni le porter en arrière. Le deltoïde en partie et le grand dorsal sont atrophiés. La flexion de l'avant-bras sur le bras se fait au delà de l'angle droit, mais sans force. L'extension se fait mieux. Le biceps a son volume normal; il n'en est pas de même des fléchisseurs de l'avant-bras, qui sont diminués de moitié.

La main est gonflée, cyanosée. Les doigts, surtout les trois derniers, sont fléchis au niveau de l'articulation des premières phalanges avec les deuxièmes. Nous ne pouvons les étendre. Les

fléchisseurs des doigts sont légèrement atrophiés ; les extenseurs à peu près détruits, ainsi que les muscles de l'éminence hypothénar.

Les muscles de l'éminence thénar sont en partie conservés.

Pas de troubles de la sensibilité.

Rien à signaler du côté de la face ou de l'œil.

Le membre supérieur gauche pend le long du corps en rotation en dedans. Le malade ne peut le soulever, ni le tourner en dehors. Le deltoïde, le sous-épineux sont détruits. L'extension de l'avant-bras est la position normale du membre, car la flexion ne se fait pas, et les muscles biceps, coraco-brachial, brachial antérieur et long supinateur n'existent plus. La flexion et l'extension de la main se font avec force.

Pas de troubles de sensibilité.

Observation IV.

Joseph C..., frère du précédent, s'est présenté par le siège mode des pieds. Immédiatement après l'accouchement les parents ont constaté chez lui *paralysie du bras droit.*

Aujourd'hui (fig. 5 et 6), légère scoliose convexe à droite ; l'épaule droite, plus élevée que la gauche de 7 centimètres, s'élève bien, s'abaisse un peu mais ne peut se rapprocher de la ligne médiane. Les muscles rhomboïde et trapèze inférieur de ce côté sont donc touchés.

La clavicule, fracturée au tiers interne au moment de l'accouchement, présente encore un cal à ce niveau.

Le bras, plus court de 2 cent. que celui du côté opposé, retombe le long du corps. Les seuls mouvements qu'il exécute sont l'élévation presque jusqu'à l'horizontale, et la projection en avant due en grande partie à l'action du grand pectoral. Les muscles sous-épineux et sous-scapulaire sont détruits; le deltoïde, le grand dorsal très atrophiés. Le cubitus droit est plus court de 2 centimètres que le gauche. La flexion de l'avant-bras se fait avec moins de force que du côté opposé, l'extension complète est impossible. La pronation et la supination sont également limitées.

Les fléchisseurs de l'avant-bras sont assez développés; les extenseurs, les muscles des éminences thénar et hypothénar très

atrophiés. A la région postérieure de l'avant-bras, entre le bord interne du cubitus et le bord externe du radius jusqu'au coude, nous trouvons de l'hypoalgésie et de l'hypothermoalgésie.

Fig. 5.

Fig. 6.

Rétrécissement de la fente palpébrale du côté droit : myosis. Légère hémiatrophie de la face.

Observation V.

Lejeune O..., 14 ans. Présentation du siège ; paralysie constatée le 4e jour. *L'épaule gauche,* plus élevée que la droite, jouit des mouvements d'élévation, d'adduction, d'abaissement — ce dernier limité.

Le malade élève son bras gauche 25° environ au-dessus de l'horizontale, le porte bien en avant, mais peu en arrière. Le membre est en rotation en dedans ; la rotation en dehors ne se

fait pas. La flexion de l'avant-bras sur le bras ne dépasse pas 45°. La pronation et la supination se font bien; de même la flexion de la main, un peu moins forte pourtant que celle du côté opposé.

Les muscles trapèze inférieur, sous-épineux, deltoïde, grand dorsal, biceps, brachial antérieur et long supinateur sont atrophiés. Le grand pectoral l'est en partie.

Tous les autres muscles du membre ne présentent pas le volume de leurs congénères du côté opposé, et si nous nous en rapportons à ce que nous dit le malade, la paralysie a été totale au début.

Pas de troubles de la sensibilité, ni de troubles oculaires.

Le cubitus gauche est plus court de un centimètre que le droit.

Observation VI.

François G..., 21 ans, ne présente, dans les antécédents héréditaires, rien de particulier à signaler. Son frère se porte bien; sa mère est morte il y a six ans et des cinq enfants, tous forts, François, l'aîné, est le seul infirme.

Ce n'est que quinze jours après l'accouchement, qui a eu lieu par le siège, que les parents ont constaté que l'enfant ne pouvait mouvoir son *bras gauche*.

Aujourd'hui nous trouvons une légère scoliose convexe à droite; l'épaule gauche, la plus élevée, est moins saillante. L'angle inférieur de l'omoplate gauche est très écarté de la ligne médiane et le bord interne de l'omoplate forme, avec la colonne vertébrale, un angle ouvert en bas. La tête humérale se luxe en arrière; cependant au repos le bras est vertical, en rotation en dedans. La rotation en dehors est impossible.

Le malade ne peut élever son bras jusqu'à l'horizontale; l'écarter du tronc, le porter en arrière, ni le tourner en dehors. Il l'élève un peu en le portant en avant. Les muscles sous-épineux, deltoïde, grand dorsal sont particulièrement lésés. Le membre est du reste atrophié en masse.

La flexion de l'avant-bras se fait sans force, et est limitée. Les muscles biceps, brachial antérieur et long supinateur ont perdu de leur volume. La flexion et l'extension se font avec une certaine force.

Hypoesthésie à l'avant-bras.
Hémiatrophie faciale gauche faible.
Fente palpébrale légèrement rétrécie. Myosis à gauche.

Observation VII.

Ernest J..., âgé de 25 ans, ne présente au point de vue de ses antécédents héréditaires, rien de particulier à signaler. Ses parents qui se portent bien, ont eu cinq autres enfants, tous vivants et bien constitués. Ernest, le troisième, est très vigoureux. L'accouchement a eu lieu par le siège, mode des pieds.

Trois jours après la naissance, les parents constatèrent que l'enfant ne faisait aucun mouvement du *bras droit*, qui restait pendant le long du corps, et retombait dans cette position dès qu'on le soulevait,

Aujourd'hui, les mouvements sont revenus en grande partie. Le malade se rappelle n'avoir pas toujours fait ces mouvements, et nous dit qu'ils ont augmenté peu à peu d'étendue. L'épaule droite, la plus élevée, s'élève bien, se rapproche bien de la colonne vertébrale, mais ne peut s'abaisser autant que l'épaule gauche.

Le bras jouit de mouvements assez étendus. Le malade le soulève bien au-dessus de l'horizontale, presque verticalement, le porte en avant, mais peu en arrière. La rotation en dedans et en dehors se fait comme à l'état normal. La flexion de l'avant-bras sur le bras, aussi étendue que du côté opposé, se fait sans force. L'extension se fait mieux, ainsi que les mouvements de pronation et de supination.

La flexion et l'extension des doigts se font bien; le malade serre un peu moins fortement avec la main droite qu'avec la gauche.

Tous les muscles du bras sont légèrement atrophiés. Les plus lésés sont le trapèze inférieur, le deltoïde, le biceps, le brachial antérieur et le long supinateur. Le triceps est le mieux conservé.

Pas de troubles de la sensibilité ; pas de troubles oculaires; pas d'atrophie du côté de la face.

Observation VIII.

Jules R..., âgé de 20 ans, est venu par le siège. De sept enfants

qu'ont eus ses parents, deux sont morts. Aucun n'a présenté d'infirmité. Dès la naissance, les parents constatèrent une *paralysie des deux membres supérieurs.*

La colonne vertébrale présente une scoliose cervico-dorsolombaire à convexité dorsale gauche (fig. 7 et 8).

FIG. 7.

FIG. 8.

L'épaule droite est moins élevée que la gauche.

Le bras, écarté du tronc en rotation en dedans, fait avec le thorax un angle de 25° en moyenne. Cet écart est dû à ce que l'avant-bras droit, ne pouvant se mettre en extension, et formant avec le bras un angle obtus ouvert en dedans, transporte le centre de gravité du bras un peu en dehors. L'avant-bras, fléchi, est en demi-pronation.

La main, à angle droit sur l'avant-bras, a la paume tournée en arrière. Les doigts sont en flexion; l'index est diminué de près d'une phalange ainsi que le pouce. L'enfant les aurait fait disparaître en en enlevant des parcelles avec les dents.

Les mouvements d'abaissement et d'adduction de l'omoplate se

font mal ; le trapèze inférieur et le rhomboïde sont en partie atrophiés. Le grand pectoral est détruit et il n'y a pas de creux axillaire.

Les mouvements de flexion de l'avant-bras et de la main se font avec assez de force ; pas d'extension. Le triceps est détruit, et les fléchisseurs de la main, très atrophiés.

Quand le malade écrit, la plume passe sur le pouce, sous l'index et sur le médius. Le pouce agit comme bras de levier.

Sensation au tact conservée ; à la douleur, diminuée sur les parties externes de l'avant-bras et du bras, sur une largeur de deux travers de doigt, conservée en dedans. Il y a eu anesthésie complète, puisque le malade a fait disparaître la dernière phalange du pouce et de l'index.

Au *membre supérieur gauche,* nous constatons de grandes lésions à l'articulation du coude. L'extrémité supérieure du radius est venue se placer en avant de la poulie condylo-trochléenne. En outre de ce déplacement, le radius a subi un mouvement de rotation tel que la tubérosité bicipitale se trouve en arrière et que le biceps, en se contractant, provoque l'extension de l'avant-bras sur le bras. Le poignet, légèrement fléchi, peut être étendu à 180°. Le bras est en rotation en dedans.

Tous les muscles du membre sont atrophiés, excepté le biceps, le brachial antérieur et le long supinateur. Le deltoïde présente aussi un volume à peu près normal.

La main, rouge, est couverte d'engelures.

Anesthésie à tout l'avant-bras, analgésie remontant moins haut, à deux centimètres du coude.

Paupières légèrement rapprochées.

OBSERVATION IX.

M^lle^ R..., 22 ans, a un frère plus âgé qu'elle, bien constitué. L'accouchement, très laborieux, a eu lieu par le siège mode des pieds. Ce n'est que quelques jours après l'accouchement que l'on a constaté la *paralysie des deux membres supérieurs.* L'enfant avait été confiée a une nourrice.

L'épaule droite est plus élevée que la gauche ; le bras droit en rotation en dedans, légèrement écarté du tronc, forme avec l'avant-bras un angle de flexion de 90°. La main est en extension forcée sur l'avant-bras, les doigts fléchis dans la main. Le pouce est

placé sous les autres doigts. L'élévation du bras se fait jusqu'à l'horizontale. La malade ne peut le porter ni en avant ni en arrière.

La rotation en dehors ne se fait pas, il en est de même de l'extension de l'avant-bras. La flexion se fait bien.

Les doigts sont immobiles.

Les muscles biceps, brachial antérieur et long supinateur sont seuls conservés. Le deltoïde est atrophié de moitié.

Anesthésie à peu près complète à la main ; hypoesthésie de l'avant-bras jusqu'au-dessus du pli du coude.

Myosis de l'œil droit. Fentes palpébrales égales des deux côtés.

Le membre supérieur gauche pend vertical en rotation en dedans. Pas de rotation en dehors. La malade ne peut soulever son bras ni le porter en avant ou en arrière. La flexion de l'avant-bras est très limitée, et ne se fait dans ces limites que très faiblement. L'extension se fait bien. Pronation et supination limitées. Extension de la main impossible.

Le triceps est le seul muscle qui paraisse bien conservé ; les fléchisseurs de la main sont légèrement diminués de volume. Tout les autres muscles sont atrophiés.

Pas de troubles de sensibilité.

Observation X.

G..., 18 ans, a perdu 7 frères et sœurs ainsi que son père, tous enlevés par la tuberculose. Immédiatement après l'accouchement qui s'est fait par le siège, les parents ont remarqué que l'enfant ne remuait pas les bras.

Au moment de notre examen (fig. 9 et 10), *l'épaule droite* est de deux centimètres plus élevée que la gauche. Les deux épaules ne se rapprochent pas de la colonne vertébrale ; elles s'élèvent bien. L'abaissement du scapulum droit ne se fait pas ; l'abaissement du scapulum gauche est très peu accentué.

A l'articulation scapulo-humérale droite, nous trouvons une luxation de la tête de l'humérus en arrière. Le bras, en rotation en dehors, est très légèrement écarté du tronc. L'avant-bras forme avec l'humérus un angle obtus regardant en avant. La main, en pronation, regarde en arrière.

Tous les mouvements du bras sont limités : le mouvement en dehors ne se fait pas.

La flexion de l'avant-bras se fait bien : très peu d'extension ; l'extension complète, même communiquée, est impossible. La flexion et l'extension de la main se font sur une certaine étendue, avec moins de force que normalement.

Tous les muscles du membre, excepté le grand pectoral, le biceps, le long supinateur et le brachial antérieur, sont atrophiés.

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité.

Le bras gauche, écarté du tronc en rotation en dedans, forme

FIG. 9.

FIG. 10.

avec l'avant-bras un angle obtus ouvert en dedans. L'extension complète du coude n'est pas possible.

La main cyanosée est en extension forcée sur l'avant-bras. Elle pend flasque sur le bord cubital. Les mouvements du bras se font tous sur une certaine étendue. Pas de rotation en dehors.

La flexion de l'avant-bras est le seul mouvement possible. La main pend inerte; ni extension ni flexion. Le membre est plus court que l'opposé de 6 centimètres. Les muscles biceps, brachial

antérieur, long supinateur sont à peu près normaux ; tous les autres sont atrophiés. Le triceps, les extenseurs et fléchisseurs de la maiu sont complètement détruits.

Hypoesthésie depuis la main jusqu'à 2 centimètres au-dessus du coude.

. Fente palpébrale gauche légèrement rétrécie ; myosis du même côté.

OBSERVATION XI.

Catherine G..., 14 ans, a un frère plus âgé qu'elle, bien portant. Après l'accouchement, qui eut lieu par le siège, on constata chez elle la *paralysie des deux membres supérieurs.*

L'épaule gauche, parallèle à la colonne vertébrale, très écartée, bien collée, est plus élevée que l'épaule droite.

Les deux omoplates se rapprochent mal, surtout la gauche, s'élèvent bien, mais ne s'abaissent pas.

Le bras droit, parallèle au tronc, est en rotation en dedans. La main, en pronation forcée, est inclinée sur le bord radial. Grâce à l'omoplate et au grand pectoral, la malade soulève le bras jusqu'à l'horizontale, le porte un peu en arrière, et en dedans. La rotation en dehors ne se fait pas.

Au coude, flexion très faible et très limitée ; l'extension, quoique limitée, se fait avec plus de force.

L'avant-bras est en demi-pronation que l'enfant peut exagérer. La main est fléchie à 45° ; la flexion peut être poussée plus loin. L'extension, même communiquée, est impossible ; le cubitus est luxé en arrière. Le pouce et l'index présentent un certain écartement ; les trois autres doigts sont fléchis dans la main et ne présentent aucun mouvement. La main est froide et cyanosée.

Tous les muscles du membre sont plus ou moins atrophiés ; le triceps et les fléchisseurs de l'avant-bras seuls sont assez bien conservés.

Pas de troubles de la sensibilité.

Le bras gauche, légèrement écartée du tronc, en rotation en dedans, forme avec l'avant-bras un angle de 80°. La main, en pronation forcée, a la paume tournée en dehors. Les doigts, étendus, sont cyanosés, ulcérés ; les ongles sont détruits sur le médius et l'annulaire.

Le bras ne jouit d'aucun mouvement ; l'extension de l'avant-

bras est très faible ; pas de flexion. La main est immobile en extension; quand on fléchit les doigts ils s'étendent très faiblement.

Le grand pectoral, le triceps, les extenseurs des doigts ont seuls conservé quelque action.

Sensibilité conservée. Hypoalgésie légère. Hypothermoalgésie.

La malade ne peut écrire qu'en tenant le porte-plume entre les dents : elle ne peut s'habiller ni porter les aliments à sa bouche.

Observation XII.

Yves K..., 24 ans, a ses parents, et deux frères plus âgés que lui, tous bien portants.

S'est présenté par le siège, mode des pieds.

Légère scoliose convexe à gauche (fig. 11 et 12). L'omoplate droite, la plus élevée, forme avec la colonne vertébrale un angle ouvert en bas, s'élève bien, mais ne peut s'abaisser ni se rapprocher de la ligne médiane.

Le *membre supérieur droit*, plus court que le gauche de 15 centimètres environ, pend vertical le long du tronc. Main talus. Les mouvements que le malade peut imprimer au membre sont l'élévation, grace au trapèze supérieur, et l'adduction du bras, qui se fait à moitié, et est due à l'action des pectoraux.

Les doigts, couverts d'engelures l'hiver, sont sclérosés, ankylosés.

Hypoesthésie, hypoalgésie jusqu'au coude.

Les ongles déformés, épais, friables, sont arrachés sur quelques doigts.

Hémiatrophie faciale droite légère.

La fente palpébrale était légèrement rétrécie, il y a cinq ans, au moment où M. Prouff a examiné ce malade, et il y avait du myosis de l'œil droit. Aujourd'hui, les pupilles présentent une lumière égale.

Les lésions articulaires de l'épaule, du coude et du poignet relevées dans le plus grand nombre de ces observations prouvent incontestablement qu'il y a eu sur les bras des tractions très énergiques et désordonnées. Il est évident que la sage-femme a tiré n'importe comment pour faire sortir

ces enfants. Nous avons des raisons de croire que souvent il y a eu version podalique et extraction alors que la dilatation de l'orifice utérin n'était pas complète.

Le nombre des paralysés relevés par le Dr Prouff s'élève au moins à une trentaine.

Les paralysies obstétricales des membres supérieurs ne

FIG. 11.

FIG. 12.

constituent pas le seul ni le plus grand danger que court le fœtus au cours de tractions de ce genre. De même ordre sont les hématomes du sterno-cléido-mastoïdien dus sans doute à des tractions unilatérales sur un fœtus comateux, et les arrachements du phrénique, du spinal et du pneumogastrique qui nous paraissent expliquer les cas où le fœtus meurt tôt après l'accouchement, par arrêt de la respiration alors que le cœur continue à battre? M. le Dr Prouff a constaté plusieurs cas de

mort dans ces conditions ; nous n'avons malheureusement aucune observation à présenter qui démontre ce point.

On pourrait nous objecter que la plupart des cas que nous citons sont dus à la myélite. Mais dans tous les cas nous avons examiné les réflexes rotuliens, qui sont normaux, et nous n'avons trouvé chez aucun des malades un affaiblissement des membres inférieurs. Un des malades, présentant une paralysie des deux membres supérieurs datant de la naissance, que nous n'avons pu examiner, est arrivé neuvième dans une course à pied de cent cinquante kilomètres.

Quelques malades présentent du torticolis ; la tête penche du côté opposé à la lésion du plexus : nous ne pouvons certifier que ce torticolis est dû à la paralysie et à l'atrophie consécutives au tiraillement du plexus cervical supérieur, car les arthrites cervicales, les hématomes du sterno-cléido-mastoïdien par rupture musculaire peuvent amener les mêmes désordres.

Dans presque tous les cas, nous constatons l'élévation du scapulum du côté lésé. Or le faisceau inférieur du trapèze est le seul muscle qui, en se contractant, provoque l'abaissement de l'omoplate ; c'est donc lui qui est paralysé. Le trapèze reçoit son innervation de deux sources différentes, d'une part du spinal, d'autre part d'un rameau naissant de la troisième branche cervicale auprès du point de réunion avec la quatrième, cette dernière branche étant surtout destinée à la partie inférieure du trapèze.

Il y a donc, dans la plupart des cas, lésion de cette branche du plexus cervical supérieur. Comment a-t-elle pu se produire ? Nous ne voyons que le tiraillement par abaissement des épaules et élongation du cou qui puisse expliquer cette paralysie.

Pourquoi, dans les tractions, les désordres siègent-ils plutôt au niveau des cinquième et sixième branches cervicales ? Lorsque les tractions sur le cou sont assez fortes pour amener la décollation, celle-ci se fait en règle générale au niveau des troisième, quatrième et cinquième vertèbres

cervicales. C'est donc à ce niveau que les tissus sont le moins résistants, qu'ils se laissent le plus distendre.

La sensibilité est beaucoup mieux conservée que la motilité et dans plusieurs cas de paralysie à peu près totale, il n'y a ni anesthésie, ni analgésie. Nous trouvons l'explication de ce fait en ce que, dans les cas de tractions simples sur la tête sans manœuvre de Mauriceau, la tête est défléchie ; le cou forme une concavité en arrière et les nerfs postérieurs, sensitifs, moins tendus que les moteurs, sont moins exposés à être tiraillés que ces derniers.

Nous ferons remarquer en terminant, que nos observations se rapprochent peu des types classiques de paralysies radiculaire supérieure, inférieure ou totale.

Les lésions articulaires ont provoqué dans plusieurs cas l'atrophie de muscles voisins, qui n'étaient pas paralysés.

Cependant, des muscles voisins, éloignés de toute articulation lésée, innervés par des branches différentes mais partis du même tronc, n'ont pas été toujours paralysés ensemble, ce que nous ne pouvons expliquer qu'en admettant l'arrachement des radicelles d'un tronc, avec conservation de voisines.

Le pronostic chez nos malades est beaucoup plus grave qu'il ne l'est en général, ce qui tient sans doute aux tractions énormes exercées sur ces enfants.

DE LA PATHOGÉNIE DES PARALYSIES BRACHIALES CHEZ LE NOUVEAU-NÉ. PARALYSIES OBSTÉTRICALES

Par le Dr **G. Fieux**,
Chef de clinique obstétricale à la Faculté de Bordeaux.

Dans la paralysie obstétricale du membre supérieur chez le nouveau-né, les muscles atteints d'impotence fonctionnelle, ou du moins dont l'impotence peut être facilement

saisie, forment un groupe bien défini : ce sont le deltoïde et tous ceux de la loge antérieure du bras : biceps, coraco-brachial, brachial antérieur. Le long supinateur, dans les observations, est aussi en général noté dans le groupe des muscles atteints.

Duchenne de Boulogne, on le sait, est le premier auteur qui ait attiré l'attention sur ce type de paralysie, et, c'est lui qui lui a donné son nom de paralysie obstétricale. Duchenne ne fait que signaler le groupe musculaire paralysé et laisse à d'autres le soin de rechercher la cause de cette localisation.

En 1874, Erb d'Heidelberg, à propos d'une note sur une forme particulière de paralysie observée chez les nouveau-nés, conclut que les muscles qui semblent atteints : deltoïde, biceps, coraco-brachial et long supinateur, sont sous la dépendance des V^{e} et VI^{e} paires cervicales. Il le démontre en excitant un point précis, situé entre les deux chefs des scalènes et correspondants à l'émergence des deux racines précitées. — Par l'excitation de ce point (appelé depuis point de Erb) il réussit à faire contracter simultanément le deltoïde, le biceps, le coraco-brachial et le long supinateur, tandis que les autres muscles restaient au repos.

Erb en conclut que c'est en ce point que se trouvent réunis et lésés les filets moteurs des muscles qui sont constamment paralysés dans les observations qu'il rapporte.

Féré, des recherches faites sur le plexus brachial, arrive à déterminer que les V^{e} et VI^{e} paires cervicales, en dehors de quelques branches collatérales, fournissent les nerfs circonflexe et musculo-cutané, c'est-à-dire président aux mouvements du deltoïde, petit rond, biceps, brachial antérieur et coraco-brachial.

Il paraît donc bien nettement établi que la paralysie obstétricale du membre supérieur est une paralysie radiculaire, portant sur les V^{e} et VI^{e} racines cervicales.

C'est une des conclusions formulées par le D^{r} Roulland, dans sa thèse de doctorat (Paris, 1887).

Mais l'explication de ce fait, à savoir que les deux racines supérieures du plexus brachial étaient lésées, alors que les autres échappaient à tout froissement, était plus délicate.

Or comme le type de cette paralysie ne change pas, soit que l'accouchement ait été naturel, soit qu'une application du forceps ait été nécessaire, soit encore que l'enfant ait été extrait tête dernière, avec ou sans relèvement des bras, il fallait bien trouver une cause unique.

Dans tous les cas, M. Roulland croit devoir faire intervenir la compression du point de Erb.

Lorsque l'accouchement est naturel, et que le diamètre bi-acromial franchit difficilement la filière maternelle, voici ce qui se passerait : le diamètre bi-acromial se réduit, les épaules se tassent, les clavicules repoussées l'une contre l'autre ont tendance à se rapprocher. Mais retenues en avant par le sternum, elles se porteraient en arrière, et leur partie moyenne, croisant les apophyses transverses des 6^e et 7^e vertèbres cervicales, comprimeraient les V^e et VI^e racines cervicales.

Lorsque c'est la tête dernière qui résiste, l'application des doigts en fourche sur la nuque de l'enfant, lèserait directement le point de Erb par la compression digitale. Et comme l'indicateur, ajoute M. Roulland, a en général plus de force que le médius, c'est du côté de son point d'appui que *devra* se montrer la faiblesse musculaire.

La difficulté existe-t-elle pour le dégagement des bras relevés, ce n'est pas le pouce dans l'aisselle qui cause les dégâts, c'est l'index et le médius qui par-dessus vont exercer une compression entre les scalènes.

Au cours d'une application de forceps, les branches trop enfoncées, et mal dirigées, déborderaient sur le cou de l'enfant, de telle sorte que le bec des cuillères viendrait exercer une action fâcheuse sur le point de Erb, et déterminerait ainsi la paralysie.

M. Budin, dans une clinique du mois de décembre 1887, sur les paralysies obstétricales du membre supérieur semble,

adopter l'opinion de M. Roulland. Comme lui il admet, dans la paralysie type, l'impotence fonctionnelle du long supinateur, attribuant au musculo-cutané l'innervation de ce muscle. Je ne sais véritablement sur quoi s'appuient ces cliniciens pour ranger le long supinateur dans le groupe des muscles paralysés. Il semble seulement, à la lecture des observations, que l'impotence de ce muscle est prouvée par l'attitude de l'avant-bras qui a tendance à retomber en pronation. Cette attitude est constante, c'est vrai, mais admettre dans le cas particulier la paralysie du long supinateur nous paraît être un contre-sens anatomique. D'abord le long supinateur est innervé, non pas par le musculo-cutané, mais bien par le radial ; pourquoi seul des muscles innervés par ce filet serait-il paralysé ? De plus, nous savons que l'action du long supinateur n'est nullement en rapport avec son nom, et que le muscle qui véritablement détermine le mouvement de supination est le muscle biceps, toujours paralysé dans le cas qui nous occupe. L'attitude caractéristique du membre n'a donc pas besoin d'être mise sur le compte d'une impotence du long supinateur.

Chez un enfant que nous observions ces jours-ci et dont nous allons tout à l'heure rapporter l'histoire, l'avant-bras reposait toujours sur son bord cubital, et cependant si l'on excitait les téguments on percevait très bien du doigt les contractions de ce muscle superficiel et facile à explorer.

Nous n'osons pas affirmer qu'il en était ainsi dans les autres observations ; mais ce que nous affirmons, c'est que de l'attitude en demi-pronation il ne faut pas déduire fatalement l'impotence fonctionnelle du long supinateur.

Pour ce qui concerne la pathogénie des paralysies obstétricales, nous ne mettons nullement en doute les recherches concordantes de Erb, de Féré et de Forgues, à savoir que les nerfs des muscles toujours en cause, proviennent des cinquième et sixième paires cervicales ; mais nous ne saurions reconnaître le mécanisme invoqué par M. Roulland et, depuis, adopté sans conteste, par M. Budin.

Comment admettre que des traumatismes si divers, aux cours d'accouchements variés, dissemblables, effectués par des praticiens, ne recourant pas à des manœuvres identiques, la compression de ces deux faisceaux, seuls, s'exerce toujours en ce même point de Erb, si limité que l'on ne peut le déterminer électriquement qu'à l'aide de fines aiguilles ?

Si l'accouchemont se fait seul, ou si l'on est obligé d'effectuer l'extraction des épaules; si la paralysie survient après une application de forceps, si elle apparaît après une extraction du siège, c'est toujours le point de Erb qui est comprimé. Et la compression est alors effectuée, suivant les cas, par la face postérieure des clavicules, par le bec des cuillères, par les doigts de l'opérateur.

L'opinion émise par M. Roulland, si ingénieuse qu'elle soit, n'a pas été, que je sache, confirmée par des recherches précises. Or, avant d'adopter son hypothèse, un contrôle anatomique nous a paru nécessaire.

Lorsque sur un fœtus à terme normalement conformé, on dissèque la région du cou, de façon à bien mettre en évidence les branches du plexus brachial, on peut remarquer les faits suivants :

1° Lorsque le diamètre bi-acromial est fortement tassé, réduit de 4 et même 5 centimètres, les clavicules sont refoulées en arrière, c'est vrai, mais il existe toujours entre les clavicules *concaves en arrière* et la colonne vertébrale, une loge de un centimètre au moins, où le bout du doigt peut s'engager, et dans laquelle le paquet nerveux flotte à l'aise.

2° Si l'on applique sur la tête les branches d'un forceps, on peut s'assurer que jamais le bec des cuillères ne peut venir traumatiser le point incriminé. Si la tête est petite et non fléchie, l'instrument peut déborder dans la région cervicale; mais il faut remarquer que le diamètre maximum du cou chez le nouveau-né à terme est de 45 à 50 millimètres, et que, lorsque la tête de l'enfant est saisie entre les cuillères, jamais leur bec ne peut être rapproché de moins de

50 millimètres. C'est donc à peine si les téguments peuvent être légèrement excoriés.

3° Quant à la compression digitale exercée sur le point de Erb, lorsque les doigts sont en fourche autour de la nuque, ou plutôt sur la base du cou, on s'aperçoit que ce n'est que pure hypothèse. D'abord les doigts se mettent en rapport avec un point où tous les nerfs du plexus passent absolument groupés au-dessus de la première côte. Et puis, sur quoi les comprimerait-on. Sur la première côte? Mais en opérant les efforts de traction sur les épaules, la côte s'abaisse et l'on fait fuir ainsi le plan résistant sur lequel les cordons nerveux auraient pu être comprimés.

Le traumatisme du point de Erb est donc tout à fait imaginaire au cours de ces diverses manœuvres. Mais il est un fait constant que l'on retrouve dans tous les accouchements compliqués de paralysie du membre supérieur chez le nouveau-né, c'est la traction du cou. Et ceci, soit au cours d'un accouchement avec dégagement normal de la tête, et où la sortie pénible des épaules a réclamé une intervention, soit au cours d'une extraction difficile de la tête dernière.

Or si la disposition anatomique du plexus brachial, et des organes qui l'avoisinent, nous fait rejeter l'idée émise par Roulland et adoptée par M. Budin, l'examen de la région nous explique comment les tractions du cou peuvent déterminer la paralysie du circonflexe et du musculo-cutané. Non pas autant les tractions directes, axiles par rapport au corps du fœtus, que celles qui se font tout en inclinant la tête vers une des deux épaules, tractions asynclitiques si je puis m'exprimer ainsi.

Le plexus brachial a la forme d'un cône dont la base répond à la colonne cervicale et dont le sommet file vers le creux de l'aisselle Ce qui revient à dire que les deux racines supérieures montent plus haut sur la tige cervicale que les trois racines inférieures. La cinquième et la sixième paire cervicales émanent de la tige à 35 et 40 millim. au-dessus de la base du cou. La septième cervicale est à 28 millim., la

huitième cervicale et la première dorsale à 20 et 10 millim. au-dessus du même point de repère.

Si fixant une des épaules, nous tirons la tête en l'inclinant

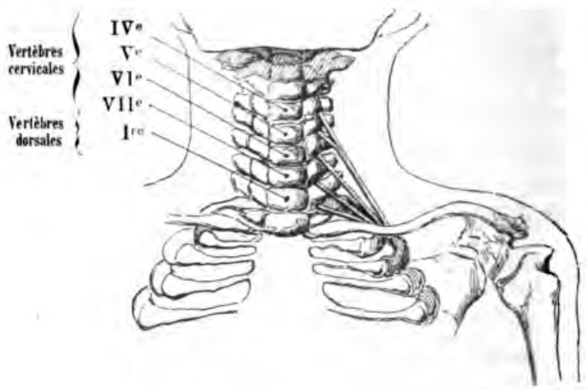


Fig. 1.

du côté opposé, nous voyons que non seulement la tige cervicale oscille comme un balancier, mais encore qu'elle s'incurve, *tiraillant d'autant plus les nerfs du plexus brachial*

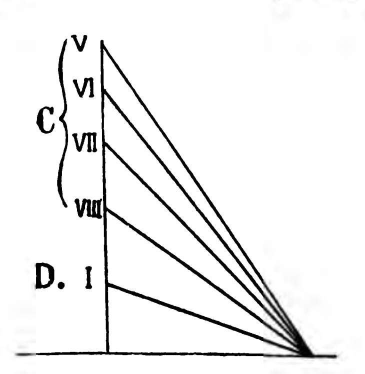


Fig. 2. — Tige cervicale droite.

que ceux-ci émanent de plus haut. En effet, pendant ce mouvement, le doigt peut sentir sur le fœtus disséqué, les deux branches supérieures tendues comme des cordes de

violon, alors que les trois autres restent encore relativement souples.

Pour bien juger la différence de traction exercée par

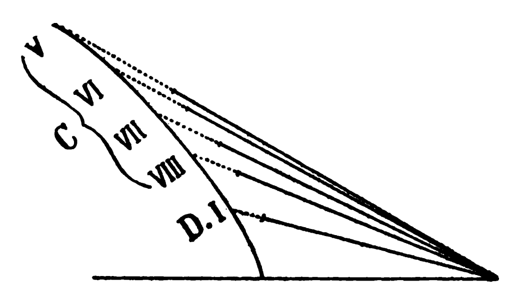


Fig. 3. — Tige cervicale en traction inclinée.

cette manœuvre sur les divers faisceaux du plexus, nous les avons successivement sectionnés, puis tirant et inclinant la tête du côté opposé, nous avons mesuré la distance qui sépa-

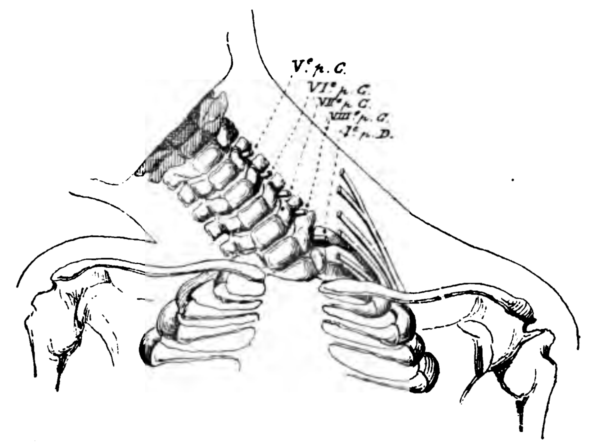


Fig. 4. — Traction asynclitique modérée du cou montrant la différence de tiraillement des diverses branches du plexus, suivant le point d'émergence.

rait alors les surfaces de section de chacun d'eux. En comptant le retrait du nerf, tandis que pour une même traction vigoureuse :

Les 2 branches supérieures s'écartent de — 26 et 28 millim.
la 3e branche » s'écarte de — 12 millim. seulement
et les 2 dernières » » de — 8 millim. à peine.

Il y a donc une très grande différence entre les tiraillements exercés sur les 3 racines inférieures et la distension des Ve et VIe racines cervicales. Cette différence croît proportionnellement à mesure que s'accusent les tractions asynclitiques du cou, si bien qu'il se produit alors une véritable élongation des deux racines supérieures du plexus.

Ce qui met encore bien en évidence la différence de distension des divers faisceaux, c'est l'expérience suivante : si chez un nouveau-né, dont on a mis à nu le plexus brachial, sans cependant l'isoler des parties molles qui l'entourent, on continue à exagérer la traction inclinée du cou, il arrive un moment où l'on entend un petit bruit sec. On peut constater alors que les Ve et VIe racines cervicales se sont rompues simultanément à 5 ou 6 millim. de leur émergence. Les trois autres racines restent parfaitement intactes.

Enfin, nous avons tenu à sanctionner ces quelques observations anatomiques par une expériencé rendant peut-être plus frappante l'action des tractions asynclitiques du cou sur la motilité du membre supérieur.

Un lapin est couché sur le côté, au bord d'une table ; le membre supérieur droit est fixé par un aide. — La tête, saisie en crochet par quatre doigts, deux sous le maxillaire, deux sous la nuque, est tirée assez vivement en bas, comme on le pratique souvent pour effectuer le dégagement de l'épaule antérieure. Les tractions, répétées trois fois pendant trois ou quatre secondes, sont prudentes, car on sait que le lapin est très sensible à cette manœuvre qui provoque facilement chez lui l'élongation du bulbe. — Soulevant alors l'animal par les oreilles, on peut remarquer que le membre supérieur gauche est relevé, tandis que le membre droit pend en extension le long du corps.

L'impotence fonctionnelle du membre n'est pas totale, car pendant la marche l'animal le porte en avant ; mais on

peut remarquer qu'il s'entrave fréquemment de ce même côté. La patte et l'avant-bras droit, en s'avançant, traînent sur le sol.

Les fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras sont donc tout au moins parésiés.

Ce fait maintenant certain que les fibres sont d'autant plus élongées qu'elles s'insèrent plus haut sur la tige cervicale pourrait expliquer un détail relaté dans bien des observations et que nous désirons mettre en relief. Dans les paralysies obstétricales on remarque quelquefois que le deltoïde est le seul muscle paralysé (Jacquemier), ou bien s'il est paralysé en même temps que les muscles de la loge antérieure du bras, il est beaucoup plus long que ces derniers à récupérer ses mouvements ; souvent même le deltoïde est à jamais frappé d'impotence alors que les muscles innervés par le coraco-brachial reprennent leur fonction au bout de quelques jours.

Or il existe une loi d'innervation générale, établie par Forgues de Montpellier, à savoir que : lorsqu'un groupe musculaire est innervé par un plexus, les muscles les plus élevés reçoivent les filets les plus élevés du plexus.

Ceci posé, nous nous contenterons alors de rapprocher cette proposition :

Le deltoïde, d'après la loi générale, doit être innervé par les filets les plus élevés du plexus brachial ;

De ces deux faits prouvés, l'un par l'expérimentation, l'autre par l'observation :

1° *Les filets nerveux du plexus brachial sont d'autant plus tiraillés qu'ils émanent de plus haut de la colonne cervicale ;*

2° *Le deltoïde est toujours le plus gravement atteint dans la paralysie obstétricale.*

La traction latérale du cou explique aussi facilement pourquoi c'est tel ou tel bras qui est atteint de paralysie.

Au cours d'une laborieuse extraction de la tête dernière, les tractions sur le *cou incurvé* sont considérables, mais tou-

jours plus vigoureuses dans un sens que dans l'autre, que l'on pratique le dégagement des bras relevés, du postérieur surtout, ou bien que l'on exécute la manœuvre de Champetier.

Mais c'est surtout lorsque la tête est dégagée à la vulve et que les épaules sont encore retenues dans le bassin que les tractions inclinées de la tête sont bien appréciables. Les tractions ont-elles été surtout vigoureuses en bas, tête vers le périnée, afin d'abaisser l'épaule antérieure, c'est le bras antérieur qui devra être paralysé.

Les tractions ont-elles été vigoureuses en haut, tête vers le pubis, afin de dégager l'épaule postérieure, c'est le bras postérieur qui devra refléter le tiraillement du plexus correspondant.

Les faits cliniques confirment pleinement nos constatations anatomiques et nos expériences. Nous en citerons comme preuve les observations suivantes dans lesquelles les manœuvres qui ont terminé l'accouchement ont été suffisamment exposées :

OBS. I (POLAILLON) (résumée). — Tête se dégage facilement et tourne l'occiput à gauche. *L'épaule postérieure ou gauche n'a pu se dégager qu'après une compression qui a dû être considérable*. Enfant gros, très vigoureux, né avec une paralysie du membre supérieur gauche.

OBS. II (BAILLY et ONIMUS) (résumée). — Au cours d'un accouchement naturel, la tête de l'enfant sort avec assez de facilité, mais reste accolée au périnée malgré l'énergie des douleurs. Tous les efforts de l'accoucheur et de la sage-femme portent sur le dégagement de l'épaule postérieure, ou droite.

Celle-ci n'est amenée qu'après l'emploi de la manœuvre de Jacquemier. Le dégagement de l'épaule antérieure est facile. Paralysie du membre supérieur droit.

OBS. III (BUDIN) (résumée). — Tête retenue au-dessus d'un détroit supérieur rétréci avec occiput tourné à gauche. Nous y retrouvons le passage suivant : « la main droite fut placée à cheval sur les épaules, les trois derniers doigts en arrière, l'index

en avant, et elle *souleva le cou* pour incliner la tête sur son pariétal postérieur et lui faire doubler le promontoire. Un des externes du service, placé à droite de la femme, exerçait à travers la paroi abdominale une pression de haut en bas sur la région frontale du fœtus, pendant qu'on tirait sur le maxillaire et sur les épaules ».

Paralysie du membre supérieur droit ou postérieur.

Obs. IV (personnelle). — Femme de 42 ans, secondipare, toujours bien portante, a eu son premier enfant à 39 ans. L'accouchement à terme n'a présenté rien de particulier. L'enfant, petit, du sexe masculin, est aujourd'hui bien portant.

Le 5 novembre, à 8 h. 1/2 du matin, cette femme entre à la clinique d'accouchement, souffrant depuis 2 heures, paraît-il. La dilatation est comme deux francs, la poche des eaux rompue, la tête assez grosse est en O.I.G.A, engagée mais non descendue dans l'excavation.

La tête descend à mesure que la dilatation se complète, et à 4 heures du soir, elle se dégage avec assez de facilité.

Mais une fois le mouvement de rotation externe effectué, l'enfant ne bouge plus, malgré de vigoureuses contractions. Les épaules sont solidement retenues au-dessus du plancher pelvien.

La sage-femme qui présidait à l'accouchement est obligée de faire soulever le siège de la patiente, et saisissant la tête avec les quatre doigts en crochet, *elle l'abaisse fortement et à plusieurs reprises dans la direction du périnée*, avant d'arriver à fixer l'épaule antérieure.

En relevant la tête vers le pubis, le dégagement de l'épaule postérieure s'effectue sans difficulté.

L'enfant, du sexe masculin, pèse 3,670 grammes.

D. bi-pariétal, 94 mm.

D. bi-acromial, 13 cent.

On constate une paralysie du membre supérieur droit, correspondant à l'épaule antérieure.

Le bras pend inerte le long du corps, l'avant-bras en demi-pronation.

Le moignon de l'épaule est flasque. Les mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras ne s'exécutent à aucun moment. Le triceps est intact, et les muscles de l'avant-bras fonctionnent si bien que l'on soulève presque l'enfant en tirant un objet qu'il a saisi avec la main correspondante.

Dans toute la zone répondant à l'innervation sensitive du musculo-cutané, région antéro-externe de l'avant-bras, la piqûre à l'épingle laisse l'enfant indifférent, tandis qu'à la poitrine, par exemple, la même excitation détermine une douleur manifeste.

L'examen électrique pratiqué le quatrième jour donne les résultats suivants :

Les courants faradiques n'éveillent aucune contraction du deltoïde, tandis que tous les muscles de la loge antérieure du bras, bien que paralysés, répondent à l'excitation faradique.

Dans ces quatre observations nous mettrons seulement en relief :

Obs. I et II. — Difficultés pour le dégagement de l'épaule postérieure, paralysie de l'épaule postérieure.

Obs. III. — La main droite, tout en tirant, souleva le cou pour incliner la tête sur son pariétal postérieur. Donc tiraillement de la partie droite du cou ; paralysie du bras droit.

Obs. IV. — Tractions très violentes en bas pour fixer l'épaule antérieure ou droite, tiraillement fatal de la partie droite du cou, paralysie du bras droit.

De la concordance de ces faits cliniques avec nos constatations anatomiques, il nous semble permis de conclure :

Pour expliquer la pathogénie de la paralysie obstétricale du membre supérieur, la théorie de la compression du point de Erb, nous paraît devoir être remplacée par le fait bien acquis des tiraillements des 2 racines supérieures du plexus au cours des tractions asynclitiques du cou.

L'OBSTRUCTION DU CANAL LACRYMAL CHEZ LES NOUVEAU-NÉS

Par le D[r] **E. Landolt.**

L'obstruction du canal lacrymal chez les nouveau-nés n'est nullement une affection inconnue. Si nous nous permettons d'attirer l'attention de nos confrères sur cette

affection, c'est uniquement parce qu'une série de cas que nous avons observés ces derniers temps, nous fait supposer qu'elle passe trop souvent et, en tous les cas, trop longtemps inaperçue.

La plupart du temps, on nous explique que le bébé en question a été atteint, peu après sa naissance, d'une « conjonctivite » qui a cédé assez promptement aux lavages institués par l'accoucheur, mais que l'un des yeux ne cesse de pleurer, de sécréter, de se coller la nuit, de montrer une goutteletette de matière jaune et épaisse dans l'angle interne des paupières. Parfois aussi, il n'y a jamais eu de conjonctivite proprement dite, mais l'un des yeux se trouve néanmoins dans l'état décrit qui résiste à toute médication.

Ce larmoiement unilatéral opiniâtre est toujours suspect d'obstruction des voies lacrymales. Il suffit souvent, pour assurer le diagnostic, d'exercer une légère pression, de bas en haut, et de dedans en dehors, sur le sac lacrymal. On voit alors jaillir des points lacrymaux une goutte de mucus ou même de pus. Parfois, il est vrai aussi, ce symptôme caractéristique fait défaut, ou il ne se manifeste qu'au bout de quelques jours. Mais quand bien même on ne réussirait pas à exprimer ainsi le contenu du sac, la sécrétion obstinée de l'œil réclame toujours l'exploration, au moyen d'une sonde, des voies lacrymales. Cette petite opération est assez délicate, vu la petitesse du sujet. Mais il ne faut jamais se la faciliter par la section de l'un des canaux lacrymaux. Avec quelque habitude, on réussit toujours à introduire la sonde et à faire une injection à travers les points lacrymaux intacts.

Je trouve particulièrement propre à cette manœuvre une sonde dont l'une des extrémités est conique, afin de dilater légèrement l'orifice du canal, l'autre *boutonnée en olive*. Elle pénètre ainsi facilement et sans blesser jusqu'au plancher du nez. Au moment de la retirer, il sort presque toujours du pus ou du muco-pus du nez ou du canalicule, même

dans les cas où cette matière n'est pas sortie à la pression sur le sac lacrymal.

Le sondage est suivi d'une injection, au moyen de la seringue d'Anel, d'un léger antiseptique (acide borique 4 p. 100, ou de sublimé à 1 p. 5000). On n'a qu'à retourner de suite le petit malade, afin qu'il n'avale pas le liquide injecté.

Jusqu'à présent, j'ai trouvé que les obstructions les plus rebelles des voies lacrymales chez les tout jeunes enfants guérissent très rapidement avec ce traitement. Un sondage et deux ou trois injections pratiquées, sans sondage préalable, à quelques jours d'intervalle, ont suffi dans plusieurs cas.

Inutile d'ajouter que le traitement ne présente aucun inconvénient et qu'il n'exclut pas la continuation des lavages aseptiques. L'application des compresses d'extrait de saturne peut même contribuer à calmer l'inflammation de la muqueuse des voies lacrymales.

Clinique obstétricale et gynécologique du Professeur Lebedeff (Saint-Pétersbourg).

UN CAS RARE DE STÉNOSE ACQUISE DU VAGIN

Par le Professeur agrégé **Demetrius Popoff.**

Dans la pathologie de la sphère génitale de la femme le chapitre des maladies du vagin et surtout la question de ses atrésies et de ses sténoses est maintenant assez complètement traité. Nous trouvons des travaux sur cette question déjà dans l'antiquité (1). On sait que Cornélie, la mère des Gracques, a eu une atrésie congénitale du vagin et a été opérée.

Je ne veux pas m'occuper ici de la question des atrésies congénitales du vagin, je ne veux m'arrêter, comme on le

(1) Plinius. *Histor. natur.*, lib. VI, cap. XV.

voit d'après le titre de mon travail, que sur les atrésies acquises, et avant de communiquer mon observation d'atrésie acquise, je me permettrai de dire quelques mots sur l'étiologie de cette maladie.

En étudiant la littérature de cette affection, nous pouvons voir que les causes de l'atrésie congénitale du vagin peuvent être divisées en deux catégories :

Les causes provoquant la maladie sans intervention d'agents infectieux.

Les causes, où la maladie est produite par des microbes ; telles sont les affections générales infectieuses et les affections limitées, qui occupent seulement les parois du vagin.

I. — Le premier groupe des atrésies du vagin peut être divisé à son tour en plusieurs classes :

a) L'atrésie du vagin peut être quelquefois la conséquence d'*opérations gynécologiques*, par exemple de l'ablation des polypes vaginaux.

b) Les *lésions traumatiques* des parois du vagin pendant le travail ou en dehors de l'accouchement (produites, par exemple, par les pessaires ou d'autres corps étrangers).

c) Les *brûlures* produites par les agents chimiques et physiques.

II. — Le second groupe, plus nombreux, contient les causes suivantes :

a) Les *maladies infectieuses générales aiguës*, par exemple : le typhus, la scarlatine, la rougeole, la diphtérie, la pneumonie.

b) Les *affections puerpérales septiques* ou saprophytes (putrides).

c) Les *maladies infectieuses chroniques :* la tuberculose, la syphilis, la gonorrhée, le cancer.

d) *Vaginite ulcéreuse adhésive* de Hildebrandt, colpite climatérique, ulcéreuse, oblitérante de Neugebauer, jun.).

Pour comprendre de quelle manière les causes du premier groupe provoquent l'atrésie du vagin, il ne faut pas, à ce qu'il me semble, beaucoup d'explications. Mais quant au

second groupe dans lequel les microbes pathogéniques jouent le grand rôle, je tâcherai d'éclaircir en détail leurs significations.

Quand nous nous trouvons en présence d'une affection parasitaire du vagin, provoquant une colpite prononcée et une ulcération des parois vaginales avec atrésie consécutive, il est évident que l'infection pénètre dans le vagin sain et devient immédiatement un foyer infectieux. D'un autre côté l'infection, qui a pénétré dans l'organisme par quelques autres voies, peut produire un écoulement abondant de la cavité de l'utérus et ainsi changer la qualité du contenu du vagin en le transformant en milieu capable de nourrir les microbes pathogènes.

Nous savons que dans les conditions physiologiques, cela est empêché par la réaction acide du contenu du vagin et par les microbes de Döderlein. Quant aux microbes qui pénètrent alors dans le vagin, on peut dire que ce sont ou les mêmes qui provoquent une affection générale ou d'autres microbes, pour la plupart des streptocoques ou staphylocoques.

Outre cela, la participation des microbes dans l'atrésie du vagin suite des maladies générales infectieuses peut se traduire par la formation de thrombus bactériens dans les parois du vagin avec nécrose consécutive de quelques parties ; comme résultat, nous pouvons observer de plus ou moins grandes pertes de substance avec les cicatrisations et atrésies du vagin consécutives.

Enfin l'activité des microbes pathogènes peut se manifester au niveau de lésions traumatiques du vagin et provoquer des lésions encore plus étendues et destructives.

Quant à la question de savoir quel rapport de fréquence existe entre les atrésies congénitales et les acquises, on peut dire que les opinions exprimées par divers auteurs n'ont de valeur que pour les établissements hospitaliers considérés et qu'elles ne peuvent pas s'appliquer à l'ensemble du pays.

Tandis que Hegar et Scanzoni pensent que les atrésies congénitales sont plus fréquentes que les atrésies acquises, Fehling est d'un avis tout à fait contraire. La relation de la fréquence entre les atrésies acquises et les congénitales est, d'après mon opinion, dans une connexion intime avec la culture du peuple et avec sa prospérité. Il est évident que lorsqu'on peut profiter largement des secours médicaux et surtout obstétricaux bien organisés, les atrésies acquises du vagin doivent être beaucoup plus rares ; et dans ces conditions la plupart des atrésies doivent être le résultat de causes qui n'impliquent la faute ni des médecins, ni de la société.

Maintenant je veux m'occuper de la question de savoir par quel moyen il faut établir le vrai diagnostic des atrésies du vagin. Je peux dire que, dans la plupart des cas, le diagnostic n'est pas difficile et que souvent il est établi par la malade elle-même, parce que la maladie empêche les fonctions sexuelles ; quant au médecin, il doit exactement constater la maladie par l'exploration gynécologique ordinaire. Cependant pour résoudre la question en détail, pour savoir en présence de quelle atrésie on se trouve, congénitale ou acquise et quelles sont les causes de l'affection, nous rencontrons souvent de grandes difficultés. Les observations cliniques nous disent que la bride qui caractérise les atrésies congénitales, palpée par le rectum, semble être égale souvent plus étroite que large, et plus mince ; ce qui a une grande signification, c'est l'absence de tissu cicatriciel, qui caractérise sans aucun doute une atrésie acquise.

La localisation des atrésies acquises du vagin est diverse.

Les lésions traumatiques du canal génital chez les primipares se rencontrent le plus souvent dans le détroit inférieur, tandis que chez les multipares, elles occupent le détroit supérieur ; ce fait ressort des observations cliniques des fistules uro-génitales. Dans les parties correspondantes nous rencontrons les atrésies qui sont la conséquence de la même cause, c'est-à-dire d'une lésion pendant l'accouchement.

Les atrésies du détroit supérieur du vagin se rencontrent souvent chez les femmes à la ménopause et sont ordinairement la conséquence de la colpite climatérique oblitérante, qui se localise en cette région du vagin.

Cependant la localisation des atrésies du vagin ne peut pas toujours nous aider à résoudre la question de son origine, surtout si la cause de l'atrésie est tout à fait extraordinaire, comme nous l'avons vu chez une des malades, qui est dans la clinique de M. le professeur A.-J. Lebedeff.

A. M..., âgée de 45 ans, née dans le gouvernement de Jaroslavle ; elle a eu ses premières règles à 16 ans. Après un intervalle de quatre mois, la menstruation apparaissait toutes les quatre semaines durant quatre à cinq jours. Elle s'est mariée dans sa dix-septième année. Elle n'a jamais ni accouché, ni eu de maladie utérine.

Au mois de juin 1895 apparurent les symptômes suivants : fièvre, douleurs hypogastriques et une rétention d'urine. Au bout de quelque temps apparut un écoulement vaginal fétide. Une sage-femme fut appelée, qui examina la malade et trouva dans le vagin une tumeur d'une consistance molle. La sage-femme prit cette tumeur pour un néoplasme cancéreux. Au bout de deux jours, pendant la défécation, un morceau de cette tumeur sortit du vagin, ayant le volume d'un poing d'adulte. Le morceau de la tumeur expulsé se dissociait facilement en fibrilles.

Quelque temps après, la malade fut examinée par un médecin, qui trouva que le col de l'utérus était ouvert, et que de l'orifice du col proéminait une petite partie de la tumeur. On conseilla à la malade de faire des irrigations antiseptiques et la fièvre cessa bientôt.

Au bout de huit jours, la malade, pendant le coït, s'aperçut que le vagin était devenu plus court ; la sage-femme, consultée, trouva une atrésie du vagin. A cette époque, la menstruation n'apparut pas et chaque mois la malade éprouvait une faible douleur dans la région lombaire à peu près aux dates où la menstruation aurait dû apparaître.

État actuel. — L'examen objectif ne nous montre aucune altération des organes externes. Le vagin, examiné avec le spéculum, représente un cul-de-sac, qui a une longueur de 4 centimètres

et au fond duquel on peut distinguer un tissu cicatriciel qui se dirige transversalement. Par l'examen bimanuel on peut constater que le fond du cul-de-sac est immobile ; en faisant exécuter des mouvements de latéralité au doigt explorateur, on peut se convaincre que l'élasticité des parois du vagin, surtout du côté droit, a disparu et qu'il existe une fixation du fond de cul-de-sac qui est soudé à la branche descendante du pubis du côté droit.

L'exploration par le toucher rectal montre que le rectum présente une dilatation considérable dans la région correspondant à l'atrésie du vagin; sa muqueuse est mobile : on peut sentir une bride compacte, large et grosse, à peu près de 3 centimètres de longueur, attachée au pubis à droite par un morceau de tissu compact. Au fond du petit bassin on peut palper l'utérus. Diminué dans ses dimensions, il est lié immédiatement par la bride que nous avons décrite ci-dessus. L'utérus présente une déviation en arrière et à droite et une rétro-déviation. En outre, la face postérieure de l'utérus est tournée un peu à droite; le bord droit de l'utérus est fixé. Le ligament utéro-sacré droit est considérablement raccourci, large et dur.

En examinant le cul-de-sac du vagin du côté gauche, on peut avec difficulté déterminer que l'ovaire gauche est diminué et douloureux.

L'examen clinique établit donc que la malade a une atrésie du vagin acquise, siégeant au tiers supérieur avec oblitération partielle supposée du détroit inférieur du canal cervical, rétroversion, rétro et dextroposition de la matrice climatérique, paramétrite postérieure chronique, adhésive, paramétrite et paravaginite adhésive droite et pelvi-péritonite chronique droite.

L'analyse détaillée des données anamnestiques nous permet d'établir avec certitude, que l'atrésie du vagin acquise et l'oblitération du détroit inférieur du canal cervical est ici la conséquence de la cicatrice rétractile d'une perte de substance, qui existait au détroit supérieur du vagin et inférieur du canal cervical.

Cette perte de substance apparut à la suite de la nécrose partielle, qui résulta de l'élimination d'une tumeur hors de son fond par un processus de suppuration; ce diagnostic

se confirme par les données anamnestiques; ainsi nous avons vu que, dans notre observation, il y avait eu issue d'une tumeur qui avait le volume d'un poing. En même temps existait un écoulement abondant de pus infectieux avec état fébrile.

Il faut regretter seulement qu'on n'ait pas examiné cette tumeur au microscope pour déterminer sa structure, mais la région où elle s'était développée, les circonstances de son élimination et la texture qui permettait de diviser cette tumeur en fascicules, nous laisse penser que cette tumeur était un fibroïde sous-muqueux interstitiel, qui s'est développé dans la paroi de la partie inférieure du canal cervical.

La position irrégulière de la matrice, dont nous avons parlé plus haut, et l'adhérence de la région atrésiée à la branche descendante du pubis dépendent des cicatrices, qui ont leur origine dans le processus suppuratif qui a provoqué une inflammation du péritoine pelvien.

Quant au traitement que nous devons employer, il sera, au début, purement symptomatique et nous observerons notre malade. Je pense, que nous n'avons pas à présent de motifs suffisants pour recourir au traitement chirurgical proprement dit, nous manquons pour cela de l'indication nécessaire, laquelle pourrait être l'accumulation de sang ou de liquide muqueux dans la cavité de l'utérus.

L'intention de rétablir le canal du vagin dans un but prophylactique ne supporte pas la critique, parce que nous ne sommes pas persuadé que les fonctions physiologiques de la matrice coexistent encore ; nous pouvons plus facilement supposer le contraire à cause de l'état atrophique de l'utérus et des ovaires, à cause de l'âge de notre malade et surtout à cause des altérations inflammatoires, qui sont la conséquence de l'élimination de la tumeur.

Enfin, si nous voulons rester dans la zone des données scientifiques exactes et si nous ne voulons pas entrer dans la région des chimères, nous ne chercherons pas à allonger le canal du vagin pour donner à la malade le pouvoir d'ac-

complir les fonctions sexuelles, parce que nous risquerions, après une opération, de voir le vagin perdre les restes de sa cavité.

REVUE GÉNÉRALE

DU PRURIT VULVAIRE
(SON TRAITEMENT)

Par le Dr **R. Labusquière.**

Le prurit vulvaire est, assurément, un phénomène morbide, primitif ou secondaire, pour lequel on est assez fréquemment consulté. Et si, très souvent, on réussit à conseiller une médication qui se montre efficace, il est, malheureusement, des cas où les traitements ordinaires échouent tout à fait, et pour lesquels on a conseillé l'intervention chirurgicale. Il faut toujours se souvenir qu'il peut être l'expression d'un processus général (diabète, neurasthénie, arthritisme, albuminurie, tuberculose, etc.), et diriger, alors, la thérapeutique contre ce dernier, sous peine d'échouer, quel que soit le traitement local employé. Personnellement, j'ai vu un traitement local, très minutieusement formulé par un de nos maîtres les plus expérimentés, et très consciencieusement appliqué par la malade, échouer complètement dans les circonstances suivantes : « Une dame, déjà d'un certain âge, m'avait été adressée par un de mes clients. Elle se plaignait d'un prurit vulvaire intolérable, qui se manifestait sous forme de crises des plus pénibles, troublant le sommeil et contribuant à altérer sérieusement la santé générale. Elle se croyait atteinte d'une maladie grave des organes génitaux et considérait un examen spécial comme tout à fait nécessaire. Après m'avoir entretenu assez longuement de ses misères, alors que, déjà, sur certains renseignements que j'avais

obtenus (ébranlement des dents, chute spontanée de plusieurs dents non cariées, névralgies intercostales tenaces), je soupçonnais que ses souffrances pouvaient dépendre d'une cause générale, elle me dit tout à coup : « Monsieur, franchement, je vous croyais plus âgé, vos cheveux sont beaucoup trop noirs. Je suis certaine qu'un examen spécial est indispensable, et je vous avoue que je préfère que cet examen soit fait par quelqu'un qui les aurait un peu plus blancs. Toutefois, pour vous témoigner ma confiance, je vous prie de m'indiquer un consultant d'un autre âge, je n'en verrai pas d'autre » ; d'abord un peu surpris de cette déclaration qui aurait pu être moins tardive, je m'appliquai néanmoins à lui indiquer un médecin des hôpitaux réunissant les qualités exigées : compétence et âge. A quelque temps de là, je voyais revenir cette dame qui, dès l'entrée, me dit : « Docteur, il me semble que vos cheveux ont grisonné, et, décidément, je viens vous consulter. » J'appris alors, qu'elle avait consulté le maître indiqué, que l'examen spécial n'avait rien révélé, et qu'un traitement local, dont l'ordonnance très minutieusement libellée me fut montrée, n'avait amené, après plus d'un mois, aucun soulagement, loin de là ; que le prurit était encore plus intolérable.

Reprenant alors l'interrogatoire, et retrouvant les anamnestiques importants signalés plus haut, je crus pouvoir dire à la dame, bien que les symptômes capitaux du diabète fissent défaut, « l'examen qui me paraît urgent, c'est celui de vos urines ». Et cet examen, qui fut fait au laboratoire de M. Mercier, y révéla une forte proportion de sucre. Sous l'influence d'un régime approprié, et avec un traitement local des plus anodins, le prurit disparut complètement et tôt. Il faut donc se souvenir du prurit, expression symptomatique d'une affection générale de l'organisme et traiter cette affection.

Bien entendu, quelle que soit l'idée que l'on peut se faire, d'après les résultats de l'interrogatoire, de l'intervention d'une cause générale, il faut bien se garder de négliger

l'examen génital. Or, en certains cas, cet examen révèlera des conditions pathologiques nettes, plus ou moins localisées dans la région siège du prurit, conditions parfaitement capables de tenir le prurit sous sa dépendance, et qu'il faudra traiter (herpès, leucoplasie, vaginite, métrite, cancer de l utérus). Toutefois, dans l'appréciation de ces conditions pathologiques, on devra aussi s'efforcer de ne pas prendre pour primitives des lésions simplement de grattage, post-prurigineuses.

Dans d'autres cas, enfin, l'examen, aussi bien général que spécial, ne permet de relever aucune condition pathologique à laquelle il soit possible de subordonner le symptôme morbide, et, dans ce cas, on dit qu'il s'agit du *prurit essentiel, idiopathique,* que certains auteurs ont été conduits à faire dépendre d'une *cause centrale.*

Traitement. — En dehors des cas où une médication générale, un régime diététique rigoureux sont indiqués (arthritis, neurasthénie, diabète, albuminurie, etc.), de ceux, où de la constatation d'un processus local net, découle aussi une thérapeutique bien déterminée, et, même souvent dans ceux-là, on pourra obtenir des résultats satisfaisants avec les traitements locaux suivants :

Lotions très chaudes (45° à 50°) avec une solution phéniquée variant de 1 à 2 p. 100 ; lotions très froides (à 5°) avec la même solution. Brocq a indiqué récemment contre le prurit du scrotum la formule suivante :

Acide phénique........................	20	grammes.
Glycérine.............................	75	—
Alcool simple.........................	25	—
Eau distillée.........................	300	—

Une à quatre cuillerées pour un verre d'eau aussi chaude que possible. De plus, deux fois par jour, en cas de crises régulières, un demi-gramme d'antipyrine. Cette médication pourra être utilement instituée contre le prurit de la vulve.

Lotions avec une solution mercurielle. Le professeur Tar-

nier indique une formule qui presque constamment lui aurait donné de très bons résultats.

Bichlorure de mercure	2	grammes.
Alcool	10	—
Eau de roses	40	—
Eau distillée	450	—

« Ce liquide est employé pur, en lotions que l'on répète matin et soir de la manière suivante : Après avoir fait un lavage avec de l'eau tiède ordinaire, pour débarrasser la vulve des mucosités qui la recouvrent, et après avoir bien essuyé les parties avec un linge fin, les malades imbibent une petite éponge avec quelques grammes du liquide médicamenteux et la promènent rapidement sur toute la surface des organes qui sont le siège de la démangeaison, de manière à les bien humecter. Presque toujours une cuisson, une sensation de brûlure assez forte est produite par l'application de ce médicament, et pour se soulager, les malades devront se laver pendant quelques minutes avec de l'eau fraîche. Les lotions deviennent rapidemeut de moins en moins douloureuses. La guérison est ordinairement rapide » (1).

Lotions très chaudes avec de la décoction de guimauve et de pavot, de feuilles de coca; lotions avec de l'eau bouillie additionnée de coaltar saponiné, d'acide tartrique, salicylique, acétique (vinaigre), d'eau de Cologne, essence de menthe, menthol, naphtol, cocaïne, chloral; d'alcalins (borate, bicarbonate, salicylate de soude, etc.).

Applications de pommades, d'emplâtres avec une des substances suivantes : résorcine, menthol, acide phénique, naphtol, ichtyol, gaïacol, cocaïne, etc.

Traitement électrique. Courant galvanique (Cholmogoroff et v. Campe); effluve électrique de 10 à 15 minutes (Leloir).

Mais il se rencontre des cas dans lesquels tous ces traitements échouent et où, devant la violence des douleurs, on

(1) *Traité de l'Art des accouchements*, t. II, p 196.

s'est décidé à intervenir chirurgicalement, scarifications, sections nerveuses, et résections plus ou moins larges des tissus siège du prurit (Schroeder, Löhlein, Küstner, Carrard, Welster, etc.). Auvard, dans son manuel récent de thérapeutique gynécologique, dit qu'il a traité, chirurgicalement, deux cas de prurit rebelle chez deux femmes arrivées à l'âge de la ménopause, avec plein succès chez l'une, mais avec une amélioration de seulement quelques semaines chez la seconde, et réapparition complète des accidents primitifs. Aussi conseille-t-il de ne voir dans le traitement chirurgical qu'une ressource extrême contre les cas exceptionnellement rebelles.

*
* *

Voilà à peu près le bilan de ce qui a été conseillé contre cette affection parfois si intolérable qu'elle va jusqu'à engendrer des idées de suicide. Or, peut-on obtenir des résultats meilleurs et instituer une thérapeutique plus généralement efficace, c'est ce qu'affirme un gynécologiste allemand, P. Ruge, dont nous allons maintenant, à cause de son importance pratique, reproduire la communication à la Société obstétricale et gynécologique de Berlin, communication qui, du reste, fut appuyée par plusieurs de ses collègues au cours de la discussion à laquelle elle donna lieu. Voici cette communication (1) :

« C'est la conviction où je suis que, *dans presque tous les cas* de prurit vulvaire, on peut obtenir la guérison, et, dès le début du traitement, un soulagement immédiat, qui m'a engagé à traiter de ce sujet. La méthode qu'il s'agit d'appliquer est très simple, on y a recours dans d'autres circonstances, mais jusqu'ici, on ne l'a pas appliquée au traitement du prurit de la vulve. En 1852, C. Mayer, sollicité par Körte, s'occupa de cette question, invoqua comme étiologie l'onanisme, l'occlusion de l'hymen, « l'irritabilité des parties génitales »,

(1) *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXIV, Hft. 2, p. 355.

préconisa les solutions créosotées, et, quant au pronostic, émit l'avis, réédité par la plupart des auteurs, qu'il laissait énormément à désirer. En 1884, Schröder reprit la question. Mais il se borna à rapporter quatre cas de prurit circonscrit dans lesquels il procura la guérison par l'excision des parties atteintes de prurit. En 1891, Olshausen s'en occupa aussi à l'occasion de son travail : « *Les névroses des organes génitaux* ». Il distingua le prurit en *a*) prurit *symptomatique*, et *b*) p. *essentiel*, rangeant cette seconde variété parmi les *névroses vraies* (tous les cas de prurit, dans lesquels on ne constate, comme moments étiologiques, ni affections générales ni processus locaux). Sous le rapport du traitement, Olshausen souligna que, dans ces cas, seuls les agents capables de produire une certaine irritation de la peau peuvent amener la guérison (solution de nitrate d'argent jusqu'à 20 p. 100, acide phénique) ; que, comme sédatif, on pouvait recourir à la cocaïne. Au cours de la discussion, Jacquet signala les bons effets du sublimé, Gusserow ceux de l'alun et du chloroforme. A la Société de Hambourg, Seeligmann, traitant du même sujet, exprima l'idée, contrairement à l'opinion d'Olshausen, que l'affection était de nature microparasitaire. En 1893, le 16 octobre, Sänger, à la Société de Leipzig, aborda le thème de l'étiologie et du traitement chirurgical de la *vulvite prurigineuse.*

D'après lui, les causes en sont multiples, mais, presque toujours, et pour les formes sévères sans exception, elles sont d'ordre exogène. Il n'a jamais rencontré un cas de prurit tenace sans affection cutanée concomitante. Il ne peut pas admettre l'existence d'un prurit essentiel ; pour lui, il y a toujours maladie locale, primitive de la vulve, qui, secondairement, affecte les terminaisons nerveuses. Il constata que, dans la plupart des cas de vulvite prurigineuse, il réussit, par le traitement direct, externe, à obtenir la guérison et conclut que, dans les quelques cas rebelles, il n'y a pas d'autre ressource que de réséquer des portions plus ou moins étendues de la région.

De cet historique, il ressort que, sous le rapport de l'étiologie et du traitement, la question du prurit vulvaire n'a pas reçu de solution définitive. Chacun apporte des notions nouvelles qui tantôt sont en contradiction avec les anciennes, et tantôt les complètent. Mêmes discordances dans la littérature que dans les discussions. Je citerai d'abord B. S. Schultze (Iéna) qui, à l'occasion du travail de Sänger, déclara dans le nº 14 du *Cent. f. Gyn.*, « qu'il est des cas dans lesquels la vulve est intacte, qu'il en est d'autres où la cause du prurit reste introuvable. Comme exemples de cas de prurit où la vulve est intacte, il cita les deux suivants : 1º dans l'un, la sensation prurigineuse était éveillée quand on touchait l'endométrium avec le cathéter; 2º dans l'autre, il était sous la dépendance d'un catarrhe de l'utérus. Le prurit, dans les deux cas, fut guéri par un traitement dirigé contre l'endométrium. Charles West (*Maladies des femmes*, 1860) admet des causes locales. Il faut chercher ces causes, les combattre, et, très souvent, on guérira ainsi les malades. Il relate un cas où, après guérison d'érosions étendues, il vit cesser le prurit, et il pense que les érosions en étaient la cause. Viennent ensuite Cholmogoroff et Campe qui guérissent le prurit par le traitement galvanique, et qui, en conséquence, le tiennent pour une affection de nature essentiellement nerveuse. D'autre part, Ferner arrive à cette conclusion que le prurit correspond à une sclérose fibreuse, lente, progressive des nerfs, et conseille l'extirpation, après détermination minutieuse des parties malades. Jacobs, indépendamment des causes locales, admet des troubles centraux. Enfin, Fritsch incline également à admettre, dans certains cas, comme cause du prurit, une névrose spéciale, que, d'ailleurs, il n'a observée que chez les femmes âgées ».

« Le prurit, comme vous le savez, est une des affections les plus pénibles. Les malades en sont très éprouvées ; elles n'ont de repos ni nuit, ni jour. Très souvent, comme le dit Charles West, c'est l'entrée au lit qui donne comme le signal de la démangeaison. Ces malades sont inaptes aux relations

sociales ; « *elles sont en quelque sorte*, suivant l'expression de Martin, *comme retirées de la circulation* ».

« Je ne nie pas qu'il puisse exister des cas de prurit purement nerveux. Mais, sur un nombre déjà assez élevé, je n'en ai jamais rencontré un, formel, de cet ordre. *Tous les cas que j'ai vus étaient sous la dépendance d'une irritation locale provoquée par des affections de la vulve, du vagin, de la portion vaginale du col, peut-être du col, et je pense qu'il ne peut être, ici, question que d'une irritation chimique ou bactériologique, bien que, jusqu'à ce jour, on n'ait pas réussi à démontrer la présence de bactéries spécifiques.*

A mon avis, il s'agit donc d'effets d'une irritation locale et si cette manière de voir est exacte, il me semble qu'on aurait dû obtenir des résultats thérapeutiques plus satisfaisants. Or, de tous côtés, on parle de l'incertitude, de l'insuffisance de ces résultats. C'est que, d'après moi, le principe essentiel du traitement local a été négligé, *le nettoyage à fond de la région*. A la vérité, Thomas, Fritsch, etc., ont conseillé de procéder à ce nettoyage, mais ils n'en ont indiqué ni le principe ni l'exécution. *Il doit être réalisé aussi rigoureusement qu'avant toute opération vaginale.* Il faut laver, savonner, désinfecter avec le sublimé : vulve, vagin, col, aussi loin que le doigt peut atteindre. Il faut laver jusqu'à ce qu'on ait la conviction qu'il ne reste plus de germes pathogènes. En terminant, on peut oindre la vulve avec de la vaseline phéniquée à 3, 4 p. 100. Pour opérer le nettoyage, pas de brosses, pas d'instruments qui pourraient produire de nouvelles lésions. Qu'on se serve des doigts. Et c'est le médecin, lui-même, qui doit opérer ce nettoyage à fond, et le refaire au bout de quelques jours, *Résultats, immédiat et définitif, sont la plupart du temps surprenants*. Les cas, des plus légers aux plus sévères, ceux compliqués d'ulcérations profondes, guérissent étonnamment. Depuis des années, je traite ainsi, systématiquement, tous les cas de prurit, qu'ils soient ou non accompagnés de leucorrhée, et je puis seulement affirmer que le

résultat, qu'il s'agisse de femmes âgées ou gravides, a été tout à fait extraordinaire. Mais j'attache une très grande importance à ce que cette méthode thérapeutique, non très agréable, soit appliquée par une main intelligente. »

Comme on le voit, P. Ruge est très affirmatif, et ses affirmations, comme nous le disions plus haut, ont été corroborées par plusieurs de ses collègues (Martin, Flaischlen, Bodenstein). Il y a donc lieu d'expérimenter soigneusement sa méthode, souhaitant que les résultats soient aussi heureux à nos malades qu'aux siens.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séances du 12 *novembre et du* 10 *décembre* 1896.

M. PICHEVIN : **Des indications des tiges intra-utérines.** — Mœller (1803), Osiander (1808), Amussat (1826), Velpeau (1830), Simpson (1843), Valleix et Kiwich, à peu près à la même époque, se sont servis de pessaires intra-utérins. L'on en a construit de toute forme ; l'on s'est servi du caoutchouc, de l'acier, de l'ivoire, de métaux divers.

Dans la majorité des cas, on a appliqué ces instruments pour remédier à la dysménorrhée et à la stérilité accompagnées d'antéflexion. Mais il est difficile de fixer le degré d'antéflexion normale. Au-dessus de 135°, l'angle n'est pas physiologique, d'après Wylie. Fritsch a baissé ce chiffre à 90° et Schultze à 48°. De plus, l'angle de flexion peut être très aigu, sans qu'il y ait aucun symptôme. Il ne faut donc pas identifier la situation non physiologique, anormale, de l'utérus, avec l'état morbide.

Pourquoi des flexions peu marquées sont-elles accompagnées de dysménorrhée et de stérilité ? C'est que dans la dysménorrhée, l'élément douleur est sous la dépendance de l'endométrite, surtout, et accessoirement d'un état phlegmasique des organes et des tissus situés autour de l'utérus. Quant à la stérilité, ses causes sont multiples et variables (aplasie des organes génitaux, etc.), mais souvent elle est due, non pas tant à la flexion qu'à l'endo-

métrite (chute de l'épithélium vibratile qui est remplacé par l'épithélium plat, lésions glandulaires, altérations des sécrétions utérines, etc.). Dans le traitement, l'*acte fondamental* doit avoir pour objectif, la modification à imprimer aux tissus utérins ; l'acte *complémentaire* aura pour but de maintenir le redressement utérin. Il y aura donc lieu de faire une thérapeutique intra-utérine, d'assurer la rénovation de la muqueuse, de pratiquer ici une stomatoplastie, là une amputation du col. D'autre part, on s'opposera aux troubles de canalisation, à l'aide des tiges.

Indications : Rétrécissements cicatriciels du canal cervico-utérin ; stérilité et dysménorrhée avec orifice interne douloureux et antéflexion marquée. *Contre-indications*: Dysménorrhée avec canal utérin normal ; métrite aiguë ou subaiguë et paramétrite ; inflammation annexielle récente, enfin grossesse.

On obtiendra des succès, si l'on n'oublie pas certains préceptes : 1° ne jamais les employer en cas d'endométrite aiguë ou subaiguë, ou d'inflammation récente péri-utérine ; 2° la tige doit être plus courte que la cavité utérine et ne pas dépasser l'orifice externe ; 3° ne se servir que d'instruments aseptiques, lisses, sans ressorts, se fixant au col ; 4° mettre la tige au domicile de la malade et après anesthésie ; 5° repos au lit et éviter tout effort pendant quelques jours ; 6° surveiller la malade qui porte une tige intra-utérine, car comme Goodel l'écrivait avec humour : « Ces instruments sont bons, très bons... à être surveillés. »

Discussion. — M. CHARPENTIER fait remarquer qu'en dehors des affections utérines la stérilité est due cinq fois sur dix à ce fait que certaines femmes ne conservent pas dans le vagin le liquide fécondant qui y a été déposé.

On peut, dans ce cas, conseiller l'emploi d'un petit tampon d'ouate introduit à l'entrée du vagin aussitôt après le coït.

Il a employé avec beaucoup de succès les tiges intra-utérines.

M. PAUL PETIT : **Angio-sclérose et métrorrhagies rebelles.** — La pathogénie des métrorrhagies n'est pas encore complètement élucidée, Pendant longtemps on ne s'est attaché qu'aux lésions de la muqueuse et depuis peu on commence à entrevoir les lésions du parenchyme. Dans un cas où l'auteur dut faire une hystérectomie après avoir essayé en vain plusieurs curettages, on trouva à l'examen histologique : 1° du côté de la muqueuse, prolifération accentuée des glandes dont l'épithélium est d'aspect normal ;

ectasies capillaires et suffusions hémorrhagiques exactement limitées aux couches les plus superficielles ; 2° du côté des muscles, boyaux glandulaires très profonds, sclérose avec raréfaction très accentuée du tissu musculaire, oblitération ou rétrécissement des lumières vasculaires ; 3° atrophie scléreuse des trompes ; 4° sclérose moins avancée des ovaires.

M. le Dr Delassus, de Lille : **Tumeur cæcale prise pour une annexite droite.** — Chez une femme, qui souffrait du ventre depuis un certain temps, et chez laquelle on sentait dans le cul-de-sac droit une tumeur mobile, grosse comme un œuf, douloureuse, simulant une salpingite avec mauvais état général et constipation opiniâtre, on trouva au cours de la parotomie un néoplasme du cæcum qu'il fut impossible d'opérer. La malade mourut quelques mois plus tard.

Le passé gynécologique de cette femme, qui avait, quelques mois auparavant, subi un curettage pour métrite, la latéralité de la lésion, sa sensibilité, son évolution lente avec le cortège du syndrome utérin, tout confirmait le diagnostic de collection tubaire, qui avait été porté par les différents médecins qui avaient examiné la malade.

M. Jouin : **De l'histothérapie appliquée aux maladies et aux troubles fonctionnels du système génital féminin, et particulièrement de la médication par le tissu ovarien.** — La médication thyroïdienne dans les affections utérines a été étudiée et exposée d'abord par le Dr Jouin ensuite par le Dr Hertogh, d'Anvers.

La médication ovarienne indiquée par Brown-Séquard a été, depuis lors, l'objet de nombreux travaux, et particulièrement d'une thèse de Lissac, des mémoires de Jayle et Touvenaint.

La médication par le suc ovarien convient aux états caractérisés à la fois par l'insuffisance du fonctionnement ovarien ou par l'exagération du travail de la thyroïde, ou simplement par l'un des deux éléments, comme on en observe par exemple après la castration, au moment de la ménopause, et dans certains cas d'atrophie génitale acquise ou spontanée.

La médication thyroïdienne convient, au contraire, aux états dus à l'hypothyroïdation ou à l'exagération des fonctions ovariennes ou à ces deux causes réunies. Les hémorrhagies utérines par exemple, et les fibromes relèvent de cette médication. Elle est bien réellement efficace, car elle supprime parfois les règles

chez les femmes obèses. L'auteur a même vu la suppression brusque des règles et une hématocèle péri-utérine suivre l'emploi inconsidéré de tablettes administrées à doses massives et au moment d'une hémorrhagie. Aussi en déconseille-t-il absolument l'usage pendant la menstruation.

V. Dujon : **Monstre double provenant d'une brebis.** *Sycéphalien synote.* — Le monstre est composé de 2 fœtus avec une seule tête, un seul tronc et 8 membres. Le bassin et les membres postérieurs de chaque fœtus sont indépendants. Il y a union au-dessus de l'ombilic. Il semble n'y avoir qu'un thorax, un cou et une tête. Le thorax est constitué par deux rachis placés latéralement, et deux sternums médians, l'un antérieur, l'autre postérieur ; au thorax sont attachés 4 membres antérieurs normaux. Le cou est fait de 2 colonnes vertébrales qu'il est facile de sentir entre les doigts ; il se trouve à sa partie postérieure une dépression médiane et verticale. La tête est bien conformée ; mais elle présente en arrière une oreille double surnuméraire, dont les 2 pavillons sont soudés par leur base.

Il y a 2 circulations, 2 cœurs, 2 aortes, 2 cordons. Une anastomose transversale allant de l'aorte d'un côté à l'artère pulmonaire du côté opposé, fait communiquer les deux circulations. Il y a 2 trachées, 4 poumons.

Le tube digestif, unique dans sa moitié supérieure (pharynx, œsophage, 1re moitié de l'intestin grêle), est double dans le reste. Il y a 2 foies et 2 rates.

Au-dessous de la cavité crânienne, parfaitement développée, existe dans l'épaisseur des os, au niveau de l'oreille surnuméraire, une petite cavité kystique communiquant avec le pharynx et paraissant être les vestiges de la tête atrophiée.

M. Nitot présente **une curette géante** destinée au curage de l'utérus après l'accouchement.

Discussion. — M. Budin n'emploie plus le curage de l'utérus dans le post-partum ; il se contente du nettoyage digital et de l'écouvillonnage qui lui donne d'excellents résultats. M. Charpentier, au contraire, se déclare partisan très convaincu du curettage, et du curettage précoce. C'est parce qu'on attend trop qu'on n'obtient pas de cette intervention qui, nécessairement, exige une main prudente et exercée, les excellents résultats qu'elle peut donner. Ne pas attendre que le processus infec-

tieux se soit généralisé, qu'il ait profondément altéré le tissu utérin auquel cas l'intervention devient aussi dangereuse qu'impuissante. En ce qui le concerne, il affirme n'avoir jamais eu à enregistrer des accidents au passif de la curette, et n'avoir eu du curettage que de bons résultats.

M. LUCAS présente **un nouveau ballon destiné à dilater rapidement le col de l'utérus** dans les cas de résistance anormale de l'utérus à la provocation de l'accouchement.

Discussion. — M. LABUSQUIÈRE voudrait savoir si l'efficacité du ballon a déjà été confirmée par l'expérience cliniquo. Il se souvient d'une leçon du professeur Pajot, qui avait pour titre : *de l'inutilité des instruments spéciaux pour provoquer l'accouchement,* leçon faite après une série de cas dans lesquels la méthode de Kraüse avait constamment réussi. Or, ultérieurement à cette leçon, un fait dans lequel, non seulement la méthode de Kraüse mais les autres procédés connus se montrèrent très peu efficaces, vint modifier l'opinion du professeur. D'autre part, on voit d'après la communication du présentateur, que le ballon Champetier échoue aussi. Eh bien ! le nouveau ballon a-t-il plusieurs succès à son actif ? M. LUCAS répond qu'il n'a encore été employé que dans un cas. BUDIN fait certaines réserves au sujet de la tendance qui se manifeste à imaginer des instruments destinés à produire surtout la dilatation du col. La provocation de l'accouchement ne doit pas, en effet, viser seulement à dilater le col, mais aussi à provoquer les contractions du segment supérieur, du segment contractile de l'utérus. La question est loin d'être aussi simple qu'on semble le croire en général. D'ailleurs, il se propose de faire plus tard, avec planches à l'appui, une communication sur ce sujet complexe. GUÉNIOT croit que le nouveau ballon, long et rigide quand il est disposé ponr être introduit, expose à la déchirure des membranes. FOURNEL estime que les ballons sont des moyens utiles pour la dilatation, mais que leur forme importe peu. Comme corps étranger le ballon provoque des contractions. Et, en le tirant par le vagin, on arrive à dilater le col, et cela que l'instrument soit rond, pointu ou carré.

M. OLIVIER lit un mémoire sur l'**emploi des injections de sérum artificiel au cours et à la suite des hémorrhagies post-partum**, dans lequel il s'efforce de démontrer qu'aujourd'hui l'accoucheur doit toujours avoir avec lui tout ce qui est nécessaire pour faire extem-

poranément une injection de sérum salin. Il établit tout d'abord que c'est à une solution de chlorure de sodium à l'exclusion de toute autre qu'il faut avoir recours et que le titre de cette solution, conformément aux conclusions de Malassez, doit être de 10 p. 1000. Quant à la voie à emprunter, elle variera avec les cas. Dans les cas d'hémorrhagie grave mettant la femme en danger de mort, c'est à l'injection intra-veineuse qu'il faut avoir recours ; dans le cas où l'urgence est moindre, on fera l'injection sous-cutanée. Mais, pour faire ces injections, il faut des instruments. Molinier a fait construire, par M. Gentile, une trousse d'urgence qui comprend un siphon muni de canules spéciales pour l'injection intra-veineuse ; une seringue présentant une disposition particulière permettant d'injecter dans le tissu cellulaire le sérum salin sans aucun effort et rapidement ; enfin une boite métallique garnie de feutre intérieurement et contenant un flacon de sérum salin. L'accoucheur ainsi pourvu pourra de la sorte parer rapidement aux conséquences des hémorrhagies.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Bois (E.). The differential diagnosis of shock, hæmorrhage and Sepsis. *Annals of Gyn. a. Ped.*, novembre 1896, p. 77. — **Bottermund**. Ueber die Beziehungen der weiblichen Sexualorgane zu den oberen Luftwegen. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. IV, Hft. 5, p. 436. — **Bouilly**. De l'ascite des jeunes filles. *La Semaine gynécologique*, Paris, 22 décembre 1896, p. 369. — **Bassi**. A proposito dei rapporti fra ovulazione e menstruazione. — *Annali di Ost. e Ginec.*, 1896, p. 688. — **Brothers**. Reports of some interesting cases (impacted pessary, vaginal, section with hemorrhage, cesarean section). *Amer. J. of Obstetrics*, N. Y., 1896, II, 525. — **Bruno T. Carreiro**. Pseudo-hermaphrodismo androgynoide, cu um caso de supposta hernia inguinal do ovario. *O Correio medico de Lisboa*, octobre 1896, p. 149. — **Clarck (Augustus P.)**. The relation of malignant disease of the adnexa to the primary invasion of the uterus. *Amer. J. of Obstetrics*, N. Y., 1896, II, 520. — **Cogrel**. *L'hystéropexie*. Th. de Paris, 1896-1897, n° 8. — **Curatulo e Tarulli**. Sully secrezione interna della ovaia. *Annalie di Ost. e Gin.*, octobre 1896, p. 737. — **David Tod Gilliam**. Oophorectomy for the insanity and epilepsy of the female. *Amer. J. of Obstetrics*, N. Y., 1896, II, 555. — **Doléris et Pichevin**. Asepsie et antisepsie. *La Semaine gynécologique*, Paris, 22 decembre 1896, p. 370. — **Doléris et Pichevin**. Valeur séméiologique de la douleur. *La Gynécologie*, 15 déc. 1896, p. 533. — **Edge**. A case of uterus bicornis septus. *British Med. Journal*, Londres, 31 octobre 1896, t. II, p. 1299. — **Espinal**. *Contribution à l'étude des irido-choroïdites métritiques*. Th. de Paris, 1896. —

Isidor Fisher. Ueber Genitalatrophie bei inneren Erkrankungen. *Wiener Mediz. Presse*, 1896, nº 27, p, 890. — **Keiffer**. Contribution à l'anatomie comparée de l'utérus. *Bull. Soc. belge de Gyn. et d'Obst.* 1896, nº 10, p. 216. — **Keiffer**. Quelques accidents consécutifs à l'ablation des annexes. *Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, nº 9, p. 188. — **Lissac**. Troubles consécutifs à la castration chez la femme et l'opothérapie ovarienne, *Gazette hebdomadaire*, Paris, 15 novembre 1896. p. 1093. — **Maudl**. Beitrag zur Frage des Verhaltens der Uterusmucosa wahrend der Menstruation. *Arch. f. Gyn.* Bd. LII, Hft. III, p. 557. — **Moore (James E.)** Nimphomania cured by hysterectomy. *Amer. J. of Obstetrics*, N.-Y., 1896, II, 554. — **Rochet**. Quelques observations gynécologiques (absence d'utérus ; rétroversion adhérente et hystérectomie ; fibromes multiples de l'utérus ; Salpingite bilatérale, rétroversion adhérente, kyste dermoïde de l'ovaire, hystéro-ovariotomie ; kyste ovarique à pédicule tordu, laparotomie) ; rétention placentaire, curettage, parotidite, infection, etc.). *Bull. Soc. belge d'Obst. et de Gyn.*, 1896, nº 10, p. 204. — **Rohé (G.)**. Some causes of Insanity in women. *Am. J. of Obst*,, décembre 1896, p. 801. — **Shaw-Mackensie**. Syphilis in Married Women. *The Lancet*, décembre 1896, p. 1595. — **Sieur**. Des opérations pratiquées par la voie sacrée. *Archives provinciales de chirurgie*, Paris, 1er novembre 1896, p. 670. — **Stansbury Sutton**. Pregnancy complicating operations in the uterus and its appendages. *Medic. Record*, N.-Y., 1896, II, 511. — **Villa**. I vizi di sviluppo dell' utero dal punto di vista ostetrico e ginecol. *Annali di Ost. e Ginec.*, octobre 1896, p. 821.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Bonnet-Blanc**. *Indications du curettage*, Th. de Paris, 1896. — **Brœse**. Zur intrauterinen Therapie. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. IV, Hft. 6 p. 570. — **Kofmeier**. Zur intrauterinen Therapie. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, t. IV, 1896, p. 301. — **Kahn**. Die Therapeutische Anwendung des Dampfes gegen Endometritis puerperalis. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 49, p. 1233. — **Levy**. Sur les pessaires intra-utérins. *La Semaine gynécologique*, Paris, 1 décembre 1896, p. 346. — **Pichevin**. Des indications des tiges intra-utérines. *La Semaine gynécologique*, p, 329. — **Sænger**. Zur intra-uterinen Anwendung von Chlorzink. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. IV, Hft. 6, p. 575.

VULVE ET VAGIN. — **Dominé**. *Étude critique sur le traitement de la blennorrhagie uréthrale chez la femme*. Th. Paris, 1896. — **Gordon**. Gonorrhæa in women. *Medical Record*; New-York, 21 novembre 1896, p. 740. — **Horn**. Zur Kenntnis primœrer Scheidensarcome bei Erwachsenen. *Monatssch f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. IV, Hft. 5, p. 409. — **John Phillips**. Anterior colpotomy. *Transactions of the obstetrical Society of London*, vol. XXXVIII, juin et juillet 1896, p. 213. — **Keiffer**. Sur le développement embryonnaire du vagin et la vulvo-vaginite des petites filles. *Bull. Soc. Belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, nº 10, p. 218. — **Mc Cann**. The ætiology of gonorrhœa. *Transactions of the obstetrical Society of London*, vol. XXXVIII, juin et juillet 1896. — **Steffeck**. The vaginalen Cœliotomie. *Berlin. klin. Woch.*, 1896, p. 978. — **Tate**. Pudendal hematocele. *Cincinnati Lancet-Clin.*, 1896, II, 397. — **Vésuiat**. *De la blennorrhagie ascendante chez la femme*. Th. Paris, 1896.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Buschbeck**. Zur operativen Behandlung der Retro-

flexio uteri. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LII, Hft. III, p. 453. — **Byford (H.).** Vaginal Section for the Cure of Retroversion of the Uterus. *Med. News*, octobre 1896, p. 489. — **Fisher.** Clinical observation on ventrofixation of the uterus. *The American gynæcological and obstetrical Journal*; New-York, novembre 1896. p. 552. — **Frank W. Talley.** The proper position in Cœlio-hysteropexy in gynecology. *The Philadelphia polyclinic*, 7 novembre 1896, vol. V, p. 441. — **Gaches-Sarraute.** Le corset abdominal ; ses avantages dans les ptoses des viscères abdominaux, dans les hernies ombilicales, les éventrations de la ligne blanche et les déplacements de l'utérus. *La Tribune méd.*, décembre 1896, p. 1007. — **Helms (A.).** A case of so called prolapsus Uteri (cervical hypertrophy) in a virgin treated surgically after a New Method. *British med. J.*, décembre 1896, p. 1822. — **Henrotay.** Inversion utérine. *Bulletin Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, n° 10, p. 229. — **Howard A. Kelly.** Treatment of Backward Displacement of the Uterus. *The Am. Journ. of Med. Sciences*, décembre 1896, p. 629. — **James Ross.** Unnecessary and Unnatural Fixation of the Uterus and its Results. *Am. J. of Obst.*, décembre 1896, p. 812. — **Jacobs.** Trachélopexie et colpopexie ligamentaire. *Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, n° 9, p. 189. — **José Godinho.** Sur les traitements des rétro-déviations utérines. *La Gynécologie*, 1896, p. 550. — **Legueu.** Modification à la pose des fils dans l'hystéropexie abdominale. *La Semaine gynécologique*, p. 321. — **Machenrodt.** Die Vesicofixatio uteri. *Berl. klin. Wochensch.*, décembre 1896, n° 49, p. 1081. — **Pecker.** Quelques considérations sur les antédéviations utérines. *Archives provinciales de chirurgie*, Paris, 1er novembre 1896, p. 708. — **Steinthel.** Die operative Behandlung der Retroflexio uteri und die Alexander-Adam'sche operation. *Deutsche med. Woch.*, 26 novembre 1896, p. 773.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Baldwin.** Amenorrhea Due to complete Occlusion of os uteri Following Labor. *Med. News*, novembre 1896, p. 553. — **Blanc.** Trois observations de métrites virginales guéries par le curettage. *La Loire médicale*, décembre 1896, p. 287. — **Bonnifield.** The Use of the Curette in the Treatment of Endometritis. *Med. Standard*, décembre 1896, p. 397. — **Bowreman Jesset.** On Early Diagnosis of Malignant Disease of the Body of the Uterus and its Treatment by operation, illustrated by the results of seventy cases and numerous specimens. *The British gyn. J.*, novembre 1896, p. 327. — **Brettaner (Joseph).** Chronic endometritis. *Med. Rec.*, N. Y. 1896, II, 553. — A discussion on dysmenorrhea. *Brit. medic.-Journ.* octobre 1896. p. 1191. — **Cameron, etc.** A discussion on dysmenorrhæa. *British med. Journal*, Londres, 25 octobre 1896, t. II, p. 1182. — **Christopher Martin.** On hæmatometra and pyometra. *British. med. Journal*; Londres, 31 octobre 1896, t. II, p. 1289. — **Erk.** Subin-volution. *The Philadelphia Polyclinic*, 1896, n° 47, p. 461. — **Fothergill.** On the Use of Senecio in Disorders of Menstruation. *The med. Chronicle*, novembre 1896, p. 81. — **Frœlich.** Ménorrhagies des petites filles par hypertrophie du col utérin. *Revue médicale de l'Est*, 15 novembre 1896, p. 709. — **Goelet (Augustin H.).** Senile endometritis and vaginitis. *Medic. Record*, N.-Y. 1896, II, 551. — **Hurtand.** *Des règles supplémentaires et déviées.* Th. de Paris, 1896-1897, n° 12. — **Macnaughton Jones.** Chronic Suppurative Endometritis with Salpingitis, cured by Curettage, Chromic Acid und Iodoform, Drainage of Uterus. *The British med. J.*, novembre 1896, p. 319. — **Popelin.** Un cas

d'hyperinvolution utérine ayant déterminé la disparition de la cavité utérine. *Bull. Soc. Belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, nº 10, p. 228. — **Richard**. *Contribution à l'étude des métrites séniles*, Th. de Paris, 1896-1897, nº 50. — **Smith**. Des principales causes d'insuccès dans l'opération qui a pour but la suture du col utérin. *L'Union méd. du Canada*, décembre 1896, p. 715.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Arthur Helme**. The technique of the vaginal total extirpation with notes of ten cases. *British Med. Journal*, Londres, 31 octobre 1896, t. II, p. 1297. — **Baker (H.)**. Multiple Fibroids of the Uterus complicated with broad Ligament Cyst of Left Side and numerous Thin Fibrous Sacs filled with Clear Fluid, apparently Free in the Lower Peritoneal Cavity. *The Boston med. a. Surg. J.*, décembre 1896, p. 567. — **Bellin**. *Contribution à l'étude des rapports entre la môle hydatiforme et le déciduome malin*. Th. Paris, 1896. — **Byron Robinson**. The extra-peritoneal treatment of the stump in abdominal hysterectomy. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, novembre 1896, p. 586. — **Champion**. *Traitement palliatif du cancer utérin inopérable*, Th. de Paris 1896-1897, nº 10. — **Clarel**. *Des tumeurs kystiques intra-pelviennes secondaires à l'hystérectomie vaginale*. Th. Paris, 1896. — **Clivio**. Contributo al trattamento retroperitoneale del peduncolo e all'uso del laccio elastico nelle miomotomie. *Annali di Ost. e Gin.*, novembre 1896, p. 825. — **Delagénière**. Hystérectomie abdominale totale pour fibro-myômes, 3 série de 10 nouveaux cas. *Archives provinciales de chirurgie*, Paris 1er novembre 1896, p. 653. — **Desguin**. Technique de l'hysterectomie vaginale. — Procédé pour reconnaître la limite inférieure de la vessie et pour déplacer cette limite en l'éloignant du champ opératoire. *Bulletin Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1896, p. 161. — **Donald**. Intra-peritoneal hysterectomy and hysterectomy by the combined method for fibroïds tumeurs of cases. *British Med. Journal*, London, 24 octobre 1896, t. II, p. 1184. — **Dorff**. A propos des indications opératoires du fibrome utérin. *Bullet. Soc. Belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, nº 10 p. 201. — **Dührssen**. Ueber die Behandlung der Uterus carcinom mit Extractum herbarum Chelidoini majoris, nebst Bemerkungen ueber das sogenannte Heilsystem glünicke. *Deutsche med. Woch.*, 3 décembre 1896, p. 787. — **Durante**. Du décéduome malin ou épithélioma ecto-placentaire. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1896, nº 11, p. 615. — **Faure**. Nouveau procédé d'hystérectomie vaginale. *Presse médicale*, 24 octobre 1896. — **Fernand Monod**. Fibromes utérins et utérus gravide. *Bulletin Soc. anat.*, 1896, p. 740. — **Flesch**. Ein Fall von Uterussarkom. *Berliner klin. Wochensch.* 1896, nº 51, p. 1131. — **Guillaume**. Grossesse compliquée de fibrome. Hystérectonie. Pièce anatomique. *Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, nº 9, p. 192. — **Hofmeier**. Ueber die Beziehungen zwischen Myom und Stérilität. *Berlin, klin. Woch*, 1896, p. 949. — Intraperitoneal hysterectomy and hysteropexy by the combined method of fibroid tumours of the uterus. *British Médic. Journ.*, octobre 1896, p. 1184. — **Inglis Parsom**. A case of malignant adenoma of uterus. *Bristish. Med. Journal*, Londres, 31 octobre 1896, t. II, p. 1288. — **Jacobs**. Fibrome utérin volumineux. Pyosalpinx bilatéral, abcès de l'ovaire droit. Torsion complète de la trompe gauche sur son axe. *Bulletin de la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1896, nº 8, p. 157. — **Jacobs**. Grossesse extra-utérine de cinq mois. Castration totale abdominale. Guérison. *Bulletin de la Soc. Belge de Gyné-*

cologie et d'Obstétrique, 1896, p. 159. — **Julia Cock**. A case of Deciduoma malignum with an Account of the post-mortem Examination and Microscopic Appearances. *Bristish med. J.*, décembre 1896, p. 1819. — **Le Bec**. Total hysterectomy for large fibroids, new method. *British. Med. Journal*, Londres, 31 octobre 1896, t. II, p. 1293. — **Leopold.** Die operative Behandlung der Uterusmyome durch vaginale Totalexstirpation. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LII, Hf. III, p. 497. — **Léopold**. Zur vaginalen Totalexstirpation des Uterus u der Adnexe wegen schwerer chronischer Erkrankungen derselben. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LII, Hft. III, p. 523. — **Macnaughton Jones**. A clinical and Pathological summary of Deciduoma malignum. *The Bristish m. J.*, novembre 1896, p. 350. — **Macnaughton Jones**. Severe Hœmorrhage from Uterine Fibroid, Oophorectomay, Persistent Menstruation with Relief of Hemorrhage. *The Bristish med. J.*, novembre 1896, p. 314. — **Macpherson Lawrie.** Total extirpation of the uterus with six cases. *British med. Journal*, Londres, 31 octobre 1896, t. II, p. 1278. — **Mermet.** Fibro-myôme utérin sous-péritonéal télangiectasique. Hydrosalpinx secondaire et gigantisme annexiel. *Société anat.*, 1896, p. 541. — **Nelson.** A plea for abdominal hysterectomy. *The American gynæcolog. and obstetrical Journal*, New-York, novembre 1896, p. 520. — **Niebergall.** Ueber Impfmetastase eines Carcinoma corporis uteri am Scheideneingange. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LII, Hft. III, p. 491. — **Pauchet.** *Hystérectomie vaginale et laparotomie pour lésions des annexes de l'utérus; résultats éloignés et comparés.* Th. de Paris, 1896. — **Perkins.** Report of three cases of hysterectomy. *Med. News*, N.-Y., 1896, II, 399. — **Pigeounat.** *Contribution à la thérapeutique chirurgicale des gros fibromes utérins; hystrectomie abdominale, méthode intrapéritonéale.* Th. de Paris, 1896, — **Remfry.** Microscopical sections of uterus showing chorionic Villi and Doubtful sarcoma. *Transactions of the obstetrical Society of London*, vol. XXXVII, juin et juillet 1896. — **Roger Williams.** The clinical features of uterine cancer. *The Lancet*, Londres, 17 octobre 1896, t. II, p. 1074. — **Russell.** The operative Significance of Metastases and Post-operative Recurrences in Carcinoma of the Uterus. *Am. J. Obst.*, décembre 1896, 851. — **Rosenwasser.** Report of Three Cases of uterine Fibroids complicated by Pregnancy. *Am. J. Obst.*, décembre 1896, p. 867. — **Rutherford Morison.** Notes on three cases of fibroid Tumours of the uterus complicated by Pregnancy and treated by operation. *The British Gyn. J.*, novembre 1886, p. 365. — **Saulmann.** Hystérectomie abdominale totale. Pièce anatomique. *Soc. Belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, nº 9, p. 195. — **Shnvood Dunn.** Vaginal hysterectomy by the clamp method. *Amer. J. of Obstetrics*, N.-Y., 1896, II, p. 509. — **Sippel (A.).** Die Operationen zur Fixation der Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 47, p. 1185. — **Sneguireff.** 83 Fälle von Myom ; hysterectomia abdominalis nach modifizierten Doyen'schen Verfahren. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. IV, Hft. 6, p. 525. — **Stone.** Report of a case of malignant uterine tumor treated by the toxine of erysipelas and bacillus prodigiosus. *Medical Record*, New-York, 21 novembre 1896, p. 746. — **Vanderveer.** Uterine Fibroids complicated by Pregnancy. *Med. News*, décembre 1896, p. 659. — **Wallace.** Notes on evolution of treatment of uterine fibroïds in theThornton Ward. *British med. Journal*, 31 octobre 1896, t. II, 1284.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES, DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Dunning.** Shall hyste-

rectomy be performed in inflammatory diseases of the pelvic organs. *Amer. J. of Obstetrics*, N.-Y., 1896, II, 498. — **Jacobs.** Paramétrite suppurée. *Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, nº 9, p. 187. — **Macnaughton Jones.** Ovaries and Tubes Removed for Persistent oophoralgia, Cystic Degeneration of ovaries, Abnormal Fallopian Tubes, with Irregular ostia. *The British med. J.*, novembre 1896, p. 311. — **Grant Baldwin.** The symptoms and diagnostic of salpingitis. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, novembre, 1896, p. 581. — **Griffiths.** A case of true hæmatosalpinx, Laparotomy, Recovery. *British med. J.*, décembre 1896, p. 1824. — **Prédhomme.** *De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes aiguës.* Th. Paris, 1896. — **Rufus B. Hall.** The Most patent cases of Pelvic Inflammation. *Am. Journ. of Obst.*, décembre, 1896, p. 834. — **Stuart Nairne.** The diagnosis of early ovarian and tubal disease. *British med. Journal*, Londres, 31 octobre 1896, t. II, p. 1292. — **Thorn.** Haematosalpinx profluens. *Centr. f. Gyn.*, 1896, p. 1103. — **Vineberg.** Acute catarrhal salpingitis : its ressemblance to appendicitis. *Medical Record;* New-York, 21 novembre 1896, p. 735.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, OVARIOTOMIE. — **Alban Doran.** Cases of fibroma of the ovary und ovarian ligament removed by operation. *Transactions of the obstetrical Society of London*, vol. XXXVIII, juin et juillet 1896, p. 187. — **Amant Routh.** Hydrosalpinx and small ovarian Cyst removed by anterior colpotomy. *Transactions of the obstetrical Society of London*, vol. XXXVIII, juin et juillet 1896, p. 185. — **Aubeau.** De la castration chez la femme, considérations générales. *Bulletin de la Polycl. de l'hôpital international*, octobre 1896, p. 289. — **Bilhaut.** Deux observations de kystes de l'ovaire avec torsion du pédicule. *L'Actualité médicale*, décembre 1896, p. 178. — **Chas. A.-L.-Reed.** The diagnosis of dermoïd cysts of the ovary. *The Cincinnati Lancet Clinic*, 3 octobre 1896, p. 339. — **Cumston (Charles-Greene).** Torsion of the pedicle in ovarian tumors. *Annals of gynæcol.*, Boston, 1896, II, 11. — **Jacobs.** Kyste du ligament large avec abcès de l'ovaire. *Soc. belge de Gyn. et d'obst.*, 1896, nº 9, p. 187. — **Johnstone.** Etiology and pathology of dermoid tumors of the ovary. *The Cincinnati Lancet Clinic.*, 3 octobre, 1896, p. 333. — **Kreutzmann (H.).** The Retroperitoneal Treatment of Pedicle in ovariotomy and in Salpingo-oophorectomy. *Am. J. of Obst.*, décembre 1896, p. 830.— **Lemonnier.** *Des kystes hydatiques du ligament large.* Th. de Paris 1896-1897, nº 43. — **Macnaugton Jones.** Fibroma of Left ovary in a young women aged 22. *The British med. J.*, novembre 1896, p. 315.— **Macnaugton Jones.** Large ovarian Cyst, with Extensive adhesions to Omentum and Bowel, Twisted Pedicle and Sanguineous Contents; Removal a. Recovery, *The British m. J.*, novembre 1896, p. 310. — **Malcolm Storer.** A Study of Axis Rotation, with Especial Reference to the Torsion of Ovarian Tumors. *The Boston Med. a. Surg. J.*, novembre 1896, p. 461. — **Malcolm Storer.** On the Traumatic Rupture of Ovarian Cysts, with Report of a Case. *The Boston Med. a. Surg. J.*, novembre 1896, p. 518. — **Rosinski.** Zur Lehre von den endothelialen ovarial Geschwülsten. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* t. 35, 42, p. 215. — **Sidney Gramshaw.** Ovariotomy in Country Practice. *The Lancet*, novembre 1896, p. 1448. — **Sokoloff.** Experimentelle Beiträge zur Frage über die Wirkung der Eierstock exstirpation auf die Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1896,

n° 48, p. 1221. — **Thomas Morse**. Case of dermoïd ovarian cyst impacted in the pelvis which war removed by abdominal section during the ninth month of pregnancy. *Transactions of the obstetrical Society of London*, vol. XXXVIII, juin et juillet 1896. — **Thorn**. Zur Kasuistik der Kastration bei Osteomalacie. *Centr. f, Gyn.*, 1896, p. 1043. — **Wenning**. Dermoïd tumors of the ovary : their clinical history, *The Cincinnati Lancet Clinic*, 3 octobre 1896, p. 336. — **Wins**. Kyste para-ovarien hyalin, rompu dans la cavité périténale. *Nord Médical*, 1er déc. 1896.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE — **Choyau**. *Contribution à l'étude de l'inondation sanguine peritonéale par rupture de grossesse tubaire*. Th. de Paris, 1896. — **Colfax Mattews**. Tubal Pregnancy with rupture of tube : operation and recovery. *Am. J. of Obst.*, décembre 1896, p, 873. **Henrotin**. Early rupture in extra-uterine pregnancy and its treatement. *Americ. Journ. of Medic. Scienc.*, nov, 1896, p. 530. — **Malcolm**. Remarks on the diagnosis and treatment of extra-uterine fœtation. *British Med. Journal*, Londres, 28 novembre 1896, t. II, p. 1562. — **Stoufs**. Grossesse extra-utérine opérée par le vagin. *Société belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, n° 9, p. 181.

ORGANES URINAIRES. — **Assaky**. La suture à trois étages dans l'opération de la fistule vésico-vaginale. Association française d'urologie, 1re session 1896. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, nov. 1896, p. 1072. — **Brinon**. *Des hydronéphroses et des dilatations congénitales de l'uretère*. Th. Paris, 1896. — **Cordier**. Movable kidney. Local and remote results. *Amer. J. of Obstetrics*, N.-Y., 1896, II, 532. — **Odoul**. — *Contribution à l'étude du traitement des fistules uréthro-périnéales par l'exérèse*. Th. Paris, 1896. — **Pourtier**. *Du prolapsus de la muqueuse uréthrale chez la femme*. Th. Paris, 1896. — **Red (Ch.)**. Melano-sarcoma of the Female Urethra : Urethrectomy ; recovery. *Am. J. Obst.*, décembre 1896, p. 864. — **Rouffart**. Un cas de rein unique. Fistule uréthro-vaginale après hystérectomie. Urétéro-cysto-néostomie. *Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, n° 9, p. 193. — **Schauta**. Eine Spätform der gonorrhoischen Cystitis beim Weibe. *Wiener Mediz. Presse*, 1896, p. 1705.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Bayard Holmes**. Tubercular peritonitis. *Annals of gyn. and pædiat.* Boston, 1896, II, 1. — **Carstens**. The Need of abdominal Section in certain cases to aid the general practitioner to diagnose obscure abdominal diagnosis. *Medical Record.*, novembre 1892, p. 782. — **Heil**. Ueber die Enstehung des Hautemphysems nach Laparotomien. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LII, Hft. III, p. 435. — **Johann Kalabin**. Zur Frage über die Ablation der Adnexe des Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 49, p. 1245 — **Kehrer**. Bauchnacht bei Laparotomien. *Centr. f. Gyn.*, 1896, p. 1122. — **Kossmann**. Ueber die Verhütung der Bauchhernie. *Centr. f. Gyn.*, 1896, p. 1126. — **Schœffer**. Weitere Angaben zur Technik der Bauchschnitnath. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 48, p. 1215. — **Thomas Mc Ardle**. Abdominal section for tubercular disease. *Am. J. of. Obst.*, décembre 1896, p. 824. — **William Mayo**. Report of a case of chronic intussusception caused by an adenoma of the ileum relieved by intestinal resection. *Annals of surgery*, Philadelphia, décembre 1896, n° 733. — **Wilmer**

Krusen. Two cases of parotiditis following cœliotomy. *The American gynæcological and obstetric. Journal*; New-York, novembre 1896, p. 588.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Fothergill**. Walcher's position in parturition. *British med. Journal*, Londres, 31 octobre 1896, t. II, p. 1290.

ANATOMIE BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Herff (O. V.)**. Beiträge zur Lehre von der Placenta und von den mütterlichen Eihüllen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, t. 35, 42, p. 268. — **Neumann (J.)**. Beitrag zur Lehre von der Anwachsung der Placenta. *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, t. 4, 1896, p. 307. — **Neumann**. Untersuchungen über Schwefelsäureausscheidung und Darmfaulniss bei Wöchnerinnen. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LII, Hft. III, p, 441. — **Wahle**. Ueber das Vorkommen von Streptokoklen in der Scheide Gebärender. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, t. 35, 42, p. 192.

DYSTOCIE. — **Fernand Monod**. Fibromes utérins et utérus gravide. *Bullet. Soc. anat.*, 1896, p. 740. — **Kleinwächter**. Die Geburt bei Fibromyomen des Uterus und die dadurch bedingten Gefahren. *Wiener Medizinische Presse*, décembre 1896, p. 1562. — **Richelet**. *Du bassin généralement rétréci au point de vue obstétrical*. Th. de Paris, 1896. — **Rosenwasser**. Report of three cases of Uterine Fibroids complicated by Pregnancy. *Am. J. Obst.*, décembre 1895, p. 867.

GROSSESSE. — **Dubé**. *De la grossesse et de l'accouchement chez les primipares*. Th. de Paris 1895-96. — **Ward Fremont Sprenkel**. Prolongation of Pregnancy. Its Dangers and Treatment. *Ann. J. of Obst.*, décembre 1896, p. 846.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Ahlfeld**. Zur Diagnose der Zwillings Schwangerschaft. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, t. 35, 42, p. 180. — **Clavaud**. *Hydropisie de l'amnios dans les grossesses gémellaires*. Th. de Paris, 1895-96.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Choyau**. *Contribution à l'étude de l'inondation sanguine péritonéale par rupture de grossesse tubaire*. Th. Paris, 1896. — **Homer Gage**. Extra-uterine pregnancy. *The American gynecologial and obstetrical Journal*, New-York, novembre 1896, p. 561. — **Lester E. Frankenthal**. Extra-uterine Pregnancy. *Med. Standard*; Chicago, novembre 1896, p. 358. — **Macnaughton Jones**. Case of Tubal Gestation. *The British m. J.*, novembre 1896, p. 320. — **Malcolm**. Remarks on the diagnosis and treatment of extra-uterine fœtation. *British med. J.*, Londres, novembre 1896, t. II, p. 1562. — **Rosenthal**. Ein Fall intramuraler Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 51, p. 1297. — **Rutherford Morison**. Thre cases of Ectopic Gestation. *The British m. J.*, novembre 1896, p. 376.

NOUVEAU-NÉ. FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Ballantyne (J. W.)** Teratogenesis : an inquiry into the causes of monstruosities. *Edinburgh med. J.*, 1896, t. II, p. 307. — **Bannerman**. Nœvus pigmentosus.

British med. Journal, Londres, 31 octobre 1826, t. II, p. 1297. — **Bergkammer**. Ueber einen Fall von Teratom, rudimentären Parasiten (Engastricus) oder Inclusio fœtalis abdominalis des Beckens bei einem elfmonatlichen Knaben. *Deutsche med. Woch.*, 1896, 713. — **Bransford-Lewis**. A case of hermaphrodism. *Medicine*, 1896, II, 793. — **Brats**. A case of Hemicephalic Monster. *British med. J.*, décembre 1896, p. 1769. — **Gerhmann (A.)**. Milk-Inspection. *Medicine*, Detroit, Mich., décembre 1806, p. 969. — **Jacob**. *Sur les méfaits du biberon*. Th. Paris, 1896. — **Lemère**. *Sur l'hémorrhagie du cordon ombilical*. Th. Paris, 1896. — **Noble Smith**. Congenital Dislocation of the Hips. *British med. J.*, décembre 1896, p. 1707. — **Placzek**. Intrauterin entstandene Armlähmung. *Berlin. klin. Woch.*, 1896, p. 915. — **Ramage**. Congenital Absence of the Ovaries with Rudimentary Uterus. *The Lancet*, décembre 1896, p. 1664. — **Taylor (G.)**. Case of Tetanus Neonatorum. *The Lancet*, décembre 1896, p. 1752.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Donald**. Three cases of symphyseotomy. *Edinburgh med. Journal*, décembre 1896, p. 513. — **Helme (Arthur)**. Intra-cervical injection of glycerine. *Lancet*, London, 1896, II, 936. — **Hellen**. *Procédé d'application du forceps permettant de se passer d'aides expérimentés*. Th. Paris, 1896. — **Lee**. Preliminay report of a case of caesarean section, successfull for mother and child. *The American gynœcological and obstetr. Journal*, New-York, novembre 1896, p. 557. — **Milne Murray**. A discussion on the relative advantages of forceps and version as a means of extraction in cases of moderate pelvic deformity. *British med. Journal*, Londres, 31 octobre 1896, p. 1281. — **Purslow**. On perforation of the aftercoming head. *British med. Journal*, Londres, 31 octobre 1896, t. II, p. 1288. — **Winternitz**. Ueber die Zangenentbindnngen an der Tübinger Universitäts. Frauenklinik. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. IV, Hft. 6, p. 547.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Ahlfeld**. Giebt tympania uteri eine Indication zur Entfernung des uterus in partu. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. 35, H. 2, p. 171. — **Archambaud (R.)**. Le tétanos pendant la grossesse. *La Revue médicale*, décembre 1896, p. 412. — **Baum**. Beiträge zur Puerperalfieberfrage; Ueber Asepsis und Antisepsis in der Geburtshulfe. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LII, Hft. III, p. 621. — **Briend**. *Etude sur les vomissements de la grossesse et sur leur traitement; emploi de l'eau oxygénée*. Th. Paris, 1896. — **Byers**. A plea for the early recognition and treatment of puerperal fever. *British med. Journal*, Londres, 24 octobre 1896, t. II, p. 1193. — **Chaleix-Vivie**. De la conduite à tenir dans la rétention placentaire post-abortive. *Gazette hebdom. de méd. et de chirurgie*, 1896, n° 104, p 1237. — **Chaleix**. Sur un cas d'infection puerpérale généralisée et traitée par la sérothérapie. *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurgie*, décembre 1896, p. 1192. — **Cotret**. Traitement de l'éclampsie puerpérale. *Union médicale du Canada*, 1896, p. 584. — **Deslandes**. *Des accidents gravido-cardiaques*. Th. Paris, 1896. — **Devoir**. *Contribution à l'étude des thrombus puerpéraux*. Th. de Paris, 1896-1897, n° 46. — **Dorff**. Sur un cas de vomissement incoercible pendant la grossesse. *Bull. Soc. Belge de gyn. et d'obst.*, 1896, n° 10, p. 221. — **Eklund (Abraham Fredrik)**. Albuminuria in

pregnant and puerperal women. *Amer. J. of Obstetrics*, N.-Y., 1896, II, p. 541. — **Gaulard**. Pneumonie et grossesse. *Presse médicale*, 31 octobre 1896. — **Guillaume**. Un cas de rupture utérine au cours d'une grossesse survenue trois ans après une opération césarienne. Laparohystérectomie. Guérison. *Bulletin de la Société Belge de gynécologie et d'obstétrique*, 1896, p. 166. — **Gutierrez**. Causas de muerte repentina durante el puerperio. *Archivos de Ginec. Obst. y Pediatria*, 1896, n° 21, p. 684. — **Hart**. The nature and diagnosis of the so called fleshy-mole. *British med. Jounal ;* London, 24 octobre 1896, t. II, p. 1188. — **Heinricius**. Ruptura uteri sub partu. Amputatio uteri supravaginalis. *Cent. f. Gyn.*, 1896, p. 1040. — **Hepworth (A.)**. Case of hydatidiform degeneration of the Placenta. *British M. J.*, décembre 1896, p. 1823. — **Hobart Egbert**. Uterine hemorrhage following Abortion. *The Philadelphia Polyclinic*, 1896, n° 44, p. 434- — **Hubert Roberts**. Two Cases of Rupture of the Uterus. *The Lancet*, décembre 1896, p. 1748. — **Hypes**. Spontaneous Rupture of Uterus during Labor at Term. *Am. J. of Obst.*, décembre 1896, p. 879. — **James Adam**. Puerperal Fever treated by Antistreptococcic Serum followed ummediatly by enteric Fever. *British med. J.*, décembre 1896, p. 1825. — **John Mc Caw**. Notes of a case of prematured labour presenting some unusual features. *Lancet*, London, 1896, II, 1219. —**Lavabre**. Rétention fœtale pendant cinq mois. *Lyon médical*, décembre 1896, p. 852. — **Lea Arnold W. W.** Organic heart disease during pregnancy and labour. *Medical chronicle*, Manchester. 1896, II, p. 17. — **Lesse**. Ein weiterer Fall von Luftembolie bei Placenta prævia. *Zeïtschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. 35, H. 2, 184. — **Longyear**. The treatment of puerperal infection. *Americ. Journ. of Obstetrics*, N.-Y., 1896, II, 481. — **Mangiagalli**. Sull trattamento dell'eclampsia. *Annali di Ost. e. Ginec.*, 1896, p. 64. — **Milnes**. Bullet Wound of a Pregnant uterus. *Americ. gyn. and obst. Journ.*, t. II, 1896, p. 479. — **Murdoch Cameron**. Retroversion of the pregnant uterus reductible and irreductible with a new method of treatment. *British medical Journal*, Londres, 10 octobre 1896, t. II, p. 1277. — **Norton B. Clowes**. A cases of puerperal eclampsia treated by hysterectome. *Lancet*, London, 1896, II, 940. — **Nyhoff**. Ein Verfären zur Behandlung der Placenta prævia (centralis). *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd IV, Hft. V, p. 405. — **Resinelli**. Note batteriologiche su di un aborto per tisso addominale. *Annali di ost. e ginec.* 1896, p. 695. — **Ridgwag Banker**. The Differential Diagnosis of threatened abortion and abortion occuring before the eighth week of gestation. *Am. J. of Obst.*, décembre 1896, p. 843. — **Round, etc.** A discussion on the Causation and treatment of secondary puerperal Hemorrhage. *The British medical Journal*, Londres, 24 octobre 1896, t. L, pr 1191. — **Saft**. Beiträge zur Puerperalfieberfrage ; zur Prophylaxe und Therapie des Wochenbettfiehers. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LII, Hft, III, p. 579. — **Schwab**. Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. *Presse médicale*, Paris, 16 décembre 1896, p. 676. — **Siou**. *Contribution à l'étude de l'hydramnios dite aiguë et de son traitement*. Th. Paris, 1896. — **Stamnose Bishop**. Postpartum hæmorrhage and its treatment. *Lancet*, London, 1896, II, 1215. — **Thoison**. *Sur un point du traitement de l'infection puerpérale.* Th. de Paris, 1895-1896. — **Thomas Laird**. Post-partum Hæmorrhage and its treatment. *The Lancet*, décembre 1896, p. 1750. — **Thorn (W.)**.

Zur Kasuistik der Castration bei Osteomalacie. *Cent. f. Gyn.*, 1896, p. 1043. — **Wendeler.** Bemerkungen zu dem Aufsatz der Herrn D. F. Schnell : Ueber einen Fall von Gasblasen im Blute einer nach Tympania uteri gestorbenen Puerpera. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS.— **Bellamy Gardner.** On the use of anesthesia in obstetric practice. *The British. gyn. J.*, novembre 1896, p. 359. — **Frey.** *De l'utilité du curettage précoce comme moyen thérapeutique et prophylactique dans les rétentions intra-utérines de débris placentaires ou membraneux.* Th. Paris, 1896. — **Laran.** *Traitement de l'infection puerpérale par le sérum de Marmorek.* Th. de Paris, 1896. — **Latimer.** A case of diphteria, ushered in by eclampsia complicated by labor at term. *Annals of gynæcol.*, 1896, II, 8. — **Mitchell.** Curettage in obstetric practice. *The Cincinnati Lancet clinic.*, 1896, II, 403. — **Paté.** *Essai d'études cliniques sur le traitement de l'infection puerpérale par les injections de sérum antistreptococcique et les injections intraveineuses d'eau salée.* Th. Paris, 1896. — **Wertheim.** Znr Aufsatze A. Muller's : Die Ballondilatation der Cervix und Scheide. *Monatssch.f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd IV, Hft. 6, p. 584. — **Williams.** The value of antistreptococcic serum in treatment of severe puerperal septicæmia. *British med. Journal*, Londres, 31 octobre 1896, t. II, p. 1285.

VARIA. — **Ballaud (J.).** Influence du saturnisme sur la marche de la grossesse, le produit de la conception et de l'allaitement. *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, novembre 1896, p. 1141. — **Betton Massey.** Maternal sterility. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, novembre 1896, p. 578. — **Carrière.** *Contribution à l'étude des causes de l'incapacité maternelle.* Th. Paris, 1896. — **Condamin.** Deux cas de grossesse et d'accouchement normal après l'hystéropexie abdominale. *Lyon médical*, novembre 1896, p. 437. — **Hoitt.** Criminal Abortion. *The Boston med. a. s. J.*, novembre 1891, p. 541. — **Keiffer.** Un cas de virilisme. *Bull. Soc. Belg. de gyn. et d'obst.*, 1896, nº 16, p. 214. — **Macnaughton Johnes.** Interesting case of Pregnancy After Oophorectomy and Removal of an ovarian Blood cyst. *The British m. J.*, novembre 1891, p. 317. — **Martel.** *Etude des influences exercées sur le developpement de l'enfant par les maladies infectieuses de la mère pendant la grossesse.* Th. Paris, 1896. — **Merger.** *Etude critique sur la syphilis conceptionnelle.* Th. de Paris, 1896-1897, nº 7. — **Noble.** A clinical report on the course of pregnancy and labor as influenced by suspensio uteri. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, novembre 1896, p. 543. — **Royer.** *Des hémorrhagies dans les cas d'expulsion d'enfants morts et macérés.* Th. Paris, 1896. — **Spirak.** Delivery at term after ten previous consecutive abortions. *Amer. gyn. and obst. Journ.*, 1896, p. 439.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Février 1897

TRAVAUX ORIGINAUX

GASTRO - HYSTÉROTOMIE SUIVIE DE L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE CHEZ UNE FEMME EN TRAVAIL A TERME, AYANT UN RÉTRÉCISSEMENT EXTRÊME DU BASSIN (1).

Par M. **A. Pinard**, en collaboration avec M. **P. Segond.**

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie, au nom du Dr Segond et au mien, une femme chez laquelle nous avons pratiqué, il y a un mois, une gastro-hystérotomie suivie de l'hystérectomie totale pour un rétrécissement extrême du bassin et dont voici le résumé de l'observation :

Femme H... (Adélaïde), âgée de 32 ans, primipare, n'ayant marché qu'à l'âge de 8 ans, dont la taille mesure 1^{m},15 centimètres et présentant une déformation du squelette extrêmement prononcée. Les membres inférieurs très peu développés et d'inégale longueur, sont incurvés. La colonne vertébrale offre un beau type de scoliocyphose.

Le bassin est asymétrique. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 7 centim. 8 millimètres et la ligne innominée du côté droit est rectiligne et se trouve environ à 2 centimètres de l'angle sacro-vertébral, c'est-à-dire que le côté droit du petit bassin n'existe pour ainsi dire pas.

Cette femme, qui avait eu ses dernières règles à la fin de janvier 1896, vint me consulter le 29 octobre, et après avoir

(1) Communication faite à l'*Académie de Médecine*. Séance du 19 janvier 1897.

fait les constatations rapportées ci-dessus, je pensai qu'en raison du rétrécissement et de l'asymétrie du bassin, ce cas n'était justiciable d'aucune *pelvitomie*, et que la seule conduite rationnelle à tenir était de laisser la grossesse aller à terme et de pratiquer au début du travail une opération césarienne. Elle resta donc au dortoir de la Clinique Baudelocque du 27 octobre au 16 décembre, et pendant ce laps de temps ne présenta pas le moindre accident. Malgré l'étroitesse de la cavité abdominale et la déformation du thorax, sous l'influence du repos, la grossesse évolua normalement, l'utérus étant sorti presque entièrement de la cavité abdominale et retombant entre les membres inférieurs.

Les premières contractions utérines douloureuses se montrèrent le 16 décembre, à 7 heures du matin.

Après avoir pratiqué un nouvel examen du bassin, je résolus de pratiquer une gastro-hystérotomie suivie de l'hystérectomie totale, contrairement à la conduite que j'avais suivie jusque-là dans des cas semblables où je pratiquais la gastro-hystérotomie suivie de l'amputation utéro-ovarique, dite opération de Porro.

L'anesthésie ayant été pratiquée et la toilette faite, j'incisai la paroi abdominale sur une étendue assez considérable pour me permettre de faire sortir l'utérus de la cavité abdominale. Des pinces rapprochèrent immédiatement les deux lèvres de la partie supérieure de l'incision de façon à empêcher l'issue des intestins. Je soulevai alors l'utérus, et un fort lien élastique fut placé à la partie inférieure de l'utérus au ras de la paroi abdominale, de façon à assurer l'hémostase pendant la section de l'utérus. J'incisai alors l'utérus et procédai à l'extraction de l'enfant.

Je laisse maintenant la parole à mon collaborateur Segond, à qui je confiai à ce moment la direction et l'exécution de l'opération.

« L'extraction du fœtus et l'énucléation du placenta une fois terminées, l'hémostase des bords de la plaie utérine a été assurée par deux pinces à longs mors ; bien entendu, j'ai

supprimé le lien élastique fixé autour du col pendant la première partie de l'intervention, c'est-à-dire pendant la prise du fœtus, et, la malade étant placée sur le plan incliné, j'ai procédé à l'ablation totale de l'utérus et des annexes, en adoptant la marche opératoire de la méthode d'hystérectomie abdominale connue sous le nom de *méthode américaine*, laquelle doit être, à mon avis, considérée aujourd'hui comme la méthode de choix.

« Cette méthode, on le sait, se caractérise d'abord par ce fait que l'ablation se pratique en bloc et par incision continue de gauche à droite ou de droite à gauche, « by continuous incision from left to right or from right to left » (Howard Kelly. *Bull. of the John's Hopkins hospital*, Baltimore, févr. 1896, p. 27). En d'autres termes, et pour ne parler que du sens opératoire qui me paraît le meilleur, le chirurgien, placé à la droite de la patiente, s'attaque d'abord au bord supérieur du ligament large gauche, en dehors des annexes, le sectionne de haut en bas, pour pénétrer ensuite dans le vagin, déloger le col, renverser de son côté la masse utéro-ovarienne, et la libérer finalement, en sectionnant le ligament large droit de bas en haut. Grande sécurité opératoire, perfection du drainage vaginal ; simplicité de l'arsenal instrumental ; enfin et surtout, suppression des ligatures en masse avec fils énormes et possibilité, précieuse entre toutes, de découvrir un à un les vaisseaux entre les feuillets des ligaments larges pour les lier successivement et sûrement avec des fils fins et solides ; tels sont les principaux avantages de cette manière de faire que j'emploie exclusivement depuis quelques mois, et dont l'application, dans le cas actuel, s'est montrée particulièrement satisfaisante.

« En peu de mots, voici comment se sont succédé les temps opératoires :

« Ligature et section de l'artère utéro-ovarienne gauche, en dehors des annexes ; même manœuvre pour l'artère du ligament rond ; et, d'un coup de ciseaux, section du ligament large de haut en bas, jusqu'à l'artère utérine. Isolement

soigné, ligature et section de celle-ci ; puis, au-dessous d'elle, dans le cul-de-sac latéral, ouverture directe du vagin, sans autre guide que la perception digitale du col au travers des parties molles. Par cette brèche vaginale latérale, préhension et renversement du museau de tanche, en haut et à droite, à l'aide d'une pince appropriée; puis en quelques coups de ciseaux, libération complète du col en arrière et en avant, avec la précaution d'entailler à ce niveau et sur la face utérine antérieure, un lambeau péritonéal suffisant. Enfin, continuation des tractions sur le col en haut et à droite, jusqu'à la découverte fort simple de l'utérine correspondante. Ligature de celle-ci et section du ligament large droit, de bas en haut, avec ligatures successives de l'artère du ligament rond et de l'utéro-ovarienne. Donc, en tout, six ligatures maîtresses, auxquelles j'ai dû en ajouter seulement deux autres sur la tranche vaginale, pour parachever l'hémostase. Cela fait, le foyer opératoire s'est montré complètement étanche, j'ai paré simplement les surfaces cruentées en ramenant au-dessus d'elles les lambeaux péritonéaux disponibles, sans prendre la peine d'allonger l'intervention par un surjet péritonéal. J'ai terminé en assurant le drainage par une mèche de gaze iodoformée placée dans le vagin. Bien entendu, j'ai fermé complètement la plaie abdominale.

« La durée de cette opération a été de une heure. Il va sans dire que je parle de la seule durée opératoire *utile* à connaître, c'est-à-dire de la *durée totale*, hémostase et sutures comprises, sans m'inquiéter un instant du temps que j'ai pu mettre à sortir l'utérus du ventre pour le jeter dans un plat. »

Les suites opératoires ont été des plus simples. Une seule ascension thermique se montra le cinquième jour et fut sans conséquence. Les fils de la plaie abdominale ont été enlevés le dixième jour. La mèche de gaze iodoformée fut retirée le treizième jour, et cette femme qui allaite son enfant depuis le lendemain de son opération, s'est levée au bout de trois semaines et est, ainsi que vous pouvez le constater, en parfait état.

L'enfant, qui se mit à crier aussitôt sorti de l'utérus, contrairement à ce qu'on observe en pareil cas, pesait 3,600 grammes (1), poids énorme étant donné la petite taille de la mère, mais qui ne m'étonne pas, étant donné le repos de la mère pendant les derniers mois de la grossesse et l'impossibilité pour le segment inférieur de l'utérus de pénétrer dans l'excavation.

Cest là un point que je ne fais que signaler aujourd'hui, me réservant d'en entretenir ultérieurement l'Académie.

Il me reste à exposer maintenant les raisons pour lesquelles j'ai adopté cette nouvelle opération déjà pratiquée dans les cas de myômes compliquant la grossesse et le travail (2). Partisan jusqu'alors de l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique, excellente opération qui m'a donné de très bons résultats (3) et encore dans deux cas l'année dernière, j'ai modifié ma manière de faire, non pas seulement parce que l'absence de moignon rend les suites opératoires beaucoup plus courtes, mais encore et surtout parce que cette nouvelle opération pourra, à mon avis, permettre de pratiquer avec succès l'opération césarienne dans les cas d'utérus infectés, ce qu'on n'osait pas faire et ne faisaient pas jusqu'à présent les césariens les plus résolus.

Dans les cas de rétrécissements du bassin, alors que des manœuvres infructueuses avaient été faites dans l'utérus, que des symptômes pouvaient faire croire à un début d'infection et que l'enfant était vivant, beaucoup d'accoucheurs préféraient tuer l'enfant et le broyer, plutôt que de pratiquer l'opération césarienne.

Il me semble que la gastro-hystérotomie suivie de l'hystérectomie vaginale doit faire disparaître du seul petit terrain

---

(1) Il pèse aujourd'hui 3,880.

(2) Guermonprez (de Lille). Lecture à l'Académie, le 6 août 1895. Un cas semblable a été opéré dans mon service par MM. VARNIER et DELBET.

(3) Voir les *fonctionnements de la Clinique Baudelocque*, publiés chaque année.

où on pouvait la discuter encore, l'embryotomie sur l'enfant vivant.

Si je ne me trompe, c'est là un progrès que nous devrons à la chirurgie contemporaine. L'avenir dira si je suis dans la vérité ou l'erreur.

CLINIQUE BAUDELOCQUE. SERVICE DU PROFESSEUR A. PINARD SUPPLÉÉ PAR LE Dr H. VARNIER, AGRÉGÉ.

RÉTROFLEXION COMPLÈTE DE L'UTÉRUS GRAVIDE A TERME. OBSTRUCTION PELVIENNE PAR UN FIBROME ADHÉRENT. HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE. GUÉRISON

Par **H. Varnier** et **Pierre Delbet**.

Le 30 août 1896, à 5 heures du soir, entrait à la Clinique Baudelocque une primipare âgée de 32 ans, Eugénie M... Elle vient de chez elle à la Clinique parce que depuis quelques heures elle perd du sang en quantité considérable.

Les dernières règles datent du 5 au 8 novembre 1895; elle a senti remuer son enfant à la fin d'avril et se considère comme arrivée au terme de sa grossesse.

Examen à l'entrée. — L'utérus est constamment tendu et le palper ne peut donner aucun renseignement précis. Voulant se rendre compte par le toucher de l'état du col et de la présentation du fœtus, Mlle Roze, sage-femme en chef, trouve l'excavation obstruée par une tumeur du volume du poing effaçant complètement le cul-de-sac postérieur.

Le cul-de-sac antérieur est attiré en haut, très profond, et ce n'est qu'après un examen prolongé que Mlle Roze arrive à deviner plutôt qu'à sentir, à bout de doigt, au fond de ce cul-de-sac et à droite, la portion vaginale du col. Il est impossible d'arriver à l'orifice interne et par suite d'explorer le pôle inférieur de l'œuf.

La femme ne perd plus de sang.

M^{lle} Roze me fait prévenir et j'examine à mon tour à 6 heures et demie du soir.

Voici ce que m'apprend l'interrogatoire :

M... a marché de bonne heure et toujours bien. Réglée à 15 ans et demi, irrégulièrement, elle n'a jamais eu ni ménorrhagies ni métrorrhagies. Une fièvre typhoïde à 12 ans est tout son passé pathologique jusqu'en janvier 1894.

A cette époque (janvier 1894), elle éprouve des douleurs et des pesanteurs dans le bas-ventre, sans qu'aucun trouble soit survenu dans la fonction menstruelle qui est plutôt régularisée. Pas d'hémorrhagies. Les douleurs s'accompagnent de fièvre. Il n'y a ni constipation, ni troubles de la miction.

M... va consulter un médecin qui, dit-elle, diagnostique « une tumeur » et lui prescrit provisoirement le repos et des injections vaginales. Les accidents s'amendent rapidement. Dix jours après, M... reprenait ses occupations de cuisinière.

Bientôt après (février 1894), les douleurs ayant reparu, M... alla consulter un chirurgien des hôpitaux qui, dit-elle, diagnostiqua une lésion de l'ovaire, conseilla des injections de sublimé et d'acide borique pendant 15 jours, puis la soumit pendant environ 3 mois à « des tamponnements ». Pendant tout le temps que durèrent ces accidents et le traitement, le ventre conserva son volume normal.

En mai 1894, M... fut considérée comme guérie, et de fait elle n'éprouva plus rien d'anormal du côté du bas-ventre. Menstruation régulière ; pas de constipation ; miction normale.

M... se portait très bien lorsqu'elle devint enceinte au mois de novembre 1895.

La grossesse a évolué si normalement que M... n'a jamais eu à consulter et que, sans l'hémorrhagie survenue dans la journée, elle eût attendu les premières douleurs pour venir à l'hôpital.

Au moment où je l'examine l'état général est parfait. Tem-

pérature 37°,4. Pouls 96. Il n'y a ni contractions utérines ni écoulement sanguin.

Le ventre présente une forme anormale, surtout pour une primipare, forme dont le dessin ci-joint (fig. 1) donne une meilleure idée que toute description.

Le palper permet de s'assurer que c'est le siège et non la tête du fœtus qui occupe le segment inférieur de l'utérus resté tout entier abdominal et dont le fond paraît notablement au-dessous du niveau normal à terme; si bien que

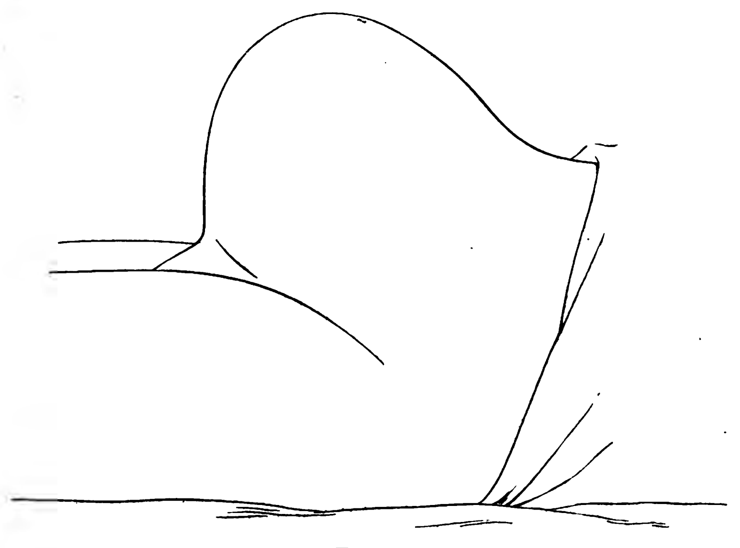


Fig. 1.

j'élève quelque doute sur les renseignements fournis par la patiente. Quant à la tête du fœtus, il est impossible de la découvrir *dans ce qui paraît être le fond de l'utérus*. Le fœtus est vivant.

En aucun point de la paroi utérine explorable par le palper on ne sent de fibromes.

Prévenu par M^lle Roze des difficultés qu'elle a rencontrées dans l'exploration du col, je fais donner du chloroforme afin de pratiquer le toucher manuel.

Il me faut introduire la main tout entière en supination pour, avec l'index étendu, trouver au fond et à droite d'un cul-de-sac vaginal rétro-symphysien très profond, *au-dessus du bord supérieur du pubis*, l'orifice du col entr'ouvert et admettant la pulpe du doigt. Ni avec l'index seul, ni avec le médius, il n'est possible d'arriver à l'orifice interne et de sentir l'œuf.

Le bassin est obstrué par une tumeur sphérique, irrégulière, mollasse, immobile, remplissant la concavité sacrée, occupant le cul-de-sac de Douglas. Elle paraît avoir le volume d'une grosse orange; il est impossible d'en explorer le pôle supérieur par le toucher rectal; la paroi du rectum et la paroi vaginale glissent sur elle. Elle ne se déplace pas lorsqu'on soulève l'utérus au travers des parois abdominales et qu'on le fait rouler de droite à gauche et de gauche à droite.

On se rend compte qu'elle ne peut être refoulée dans le grand bassin.

A cause des antécédents relevés ci-dessus, mon diagnostic reste hésitant entre un fibrome pédiculé adhérent et une tumeur ovarienne. Mais cela ne peut en rien modifier la thérapeutique imposée par l'obstruction pelvienne irréductible. En l'absence de contractions utérines douloureuses, je remets au lendemain matin toute décision, et je fais prier mon collègue des hôpitaux qui a soigné M... en février 1894 de venir m'assister. A 10 heures du soir, j'apprends qu'il est absent de Paris.

Or, à partir de minuit, le travail se déclare franchement. Il y a des contractions douloureuses toutes les 5 minutes; à 4 heures du matin il s'écoule brusquement par les voies génitales un liquide vert, épais, mélangé de méconium, et la sage-femme de garde ne perçoit plus les battements du cœur. M^lle Roze appelée constate que l'enfant est mort. Aucune modification du col. Température 37°,3.

Prévenu à 6 heures et demie du matin de la mort du fœtus et de l'inefficacité d'ailleurs prévue des contractions, je prie

mon collègue et ami Pierre Delbet, chirurgien des hôpitaux, de venir m'assister et de faire une laparotomie exploratrice.

Nous convenons que, la laparotomie faite :

1° Si la tumeur enclavée est extra-utérine et peut être enlevée aisément, sans grand traumatisme, nous verrons s'il semble possible et prudent de conserver l'utérus en le vidant par les voies naturelles rendues perméables ;

2° S'il s'agit d'une tumeur péri-utérine dont l'extraction présente des difficultés considérables, il y aura lieu de faire une opération césarienne suivie, bien entendu, d'amputation utéro-ovarique, la mort du fœtus, l'ouverture de l'œuf, les nombreuses explorations vaginales antérieures contre-indiquant l'opération césarienne conservatrice.

3° S'il s'agit, comme c'est probable, d'un utérus fibromateux, l'enlever en totalité, et sans évacuation préalable, suivant la méthode radicale actuellement en honneur dans le traitement des fibromes de l'utérus non gravide, et qui nous paraît, dans le cas particulier, préférable à l'opération de Porro.

Tout ayant été arrêté et préparé, Delbet commence la laparotomie à 10 h. 10. Je lui laisse maintenant la parole.

H. VARNIER.

Je fais sur la ligne blanche une incision verticale qui commence à un centimètre du pubis et se termine à trois centimètres au-dessus de l'ombilic. L'abdomen ouvert, les choses se présentent avec un aspect si singulier qu'il aurait été malaisé de s'y reconnaître sans les renseignements fournis par le toucher. Le col est situé très haut et en avant, au-dessus du pubis. Le corps se recourbe complètement en arrière de telle sorte que le fond repose et se moule sur la paroi abdominale postérieure. En arrière et au-dessous de la corne droite, on voit un fibrome arrondi du volume du poing. Il plonge dans la concavité sacrée, refoulant le rectum à droite, et il est enveloppé d'adhérences lamellaires qui lui donnent l'air d'être situé sous le péritoine pelvien.

Je cherche d'abord les annexes et les ligaments larges. Ils se laissent facilement soulever du côté gauche. Avec une aiguille mousse je passe un fil de soie en dedans des veines utério-ovariennes turgides qui se voient par transparence, et je lie le pédicule utéro-ovarien. Du côté droit, la trompe et l'ovaire sont encapuchonnés par des adhérences filamenteuses qui se laissent rompre assez aisément. Après les avoir libérées, je fais comme du côté gauche la ligature du pédicule utéro-ovarien. Puis, ayant placé de chaque côté une pince sur la corne utérine, je sectionne obliquement les deux ligaments larges de façon à ce que les deux sections aboutissent au voisinage du col.

Alors, sans m'occuper du fibrome adhérent dans la profondeur, je libère immédiatement le col. J'ouvre d'abord le cul-de-sac antérieur du vagin, qui se présente en quelque sorte de lui-même. Mais le col ramolli étant difficile à distinguer du vagin, ma section l'intéresse un peu. Il s'écoule quelques gouttes de méconium et un pied se présente. Je place un clamp sur l'orifice du col, et je sectionne le pédicule de l'artère utérine du côté gauche. Les vaisseaux sont pincés à mesure. Je libère le col du cul-de-sac postérieur en taillant ce dernier du vagin vers le péritoine, et je coupe en dernier lieu le pédicule de l'artère utérine droite. Les vaisseaux utérins sont pincés, comme du côté opposé : la perte de sang est à peu près nulle.

Le col est complètement dégagé, mais l'utérus tient encore dans le fond du bassin par le fibrome adhérent. Je fais donc une extirpation rétrograde. Un aide soulevant vigoureusement la masse, j'incise transversalement le feuillet péritonéal de nouvelle formation qui recouvre le fibrome et je l'énuclée de sa loge, assez péniblement d'ailleurs, car les adhérences sont intimes. Je dois, chemin faisant, pincer plusieurs vaisseaux. Enfin la libération est complète. Utérus et fibrome sont enlevés d'une seule pièce trente minutes après le début de l'opération.

Tous les vaisseaux pincés sont liés. Je fais un premier

surjet pour fermer la loge du fibrome, un second en point de matelas sur le cul-de-sac postérieur qui suinte un peu, et je termine par un grand surjet en points de Lembert qui, allant d'un pédicule utéro-ovarien à l'autre, affronte les deux feuillets des ligaments larges, ferme le vagin et supprime toute plaie péritonéale.

La paroi abdominale est suturée en un seul plan. L'opération, pansement compris, a duré exactement une heure.

Vomissements chloroformiques fréquents dans la journée.

1er septembre. La malade urine spontanément. Les vomissements sont devenus plus rares. Pas de ballonnement abdominal. Température, 37°,5 le matin; 38° le soir.

Le 2. Quelques vomissements dans la nuit. Injection de morphine en raison des douleurs qui sont assez vives. Purgatif à dix heures du matin. Première selle peu abondante à six heures du soir. Température, 38°,4. Injection de 900 gr. de solution saline dans le tissu cellulaire sous-cutané. Plus de vomissements. Nombreuses selles dans la nuit.

Le 3. Herpès des lèvres. L'état devient excellent. La malade s'alimente et dort bien. La température tombe à 37°.

Les fils ont été enlevés le 10 septembre. La réunion était complète.

La malade s'est levée le 22e jour et est sortie en parfait état.

P. Delbet.

L'utérus enlevé pèse 5 kilogr. 150 gr. Des pinces ont été placées sur les pédicules vasculaires afin de maintenir ses parois et le placenta naturellement injectés. La pièce est immédiatement plongée dans un liquide conservateur et sera ultérieurement coupée et étudiée à différents points de vue.

Nous ne voulons la décrire ici qu'au point de vue dystocique.

La photographie ci-jointe (fig. 2), prise le lendemain de l'opération, montre l'utérus vu de profil, du côté gauche, à peu de chose près dans l'attitude qu'il avait en place, c'est-à-dire *en rétroflexion*.

Le dessin grandeur nature et mathématique du profil abdominal pris par moi immédiatement avant l'intervention (fig. 1), la détermination préalable par le toucher et le palper com-

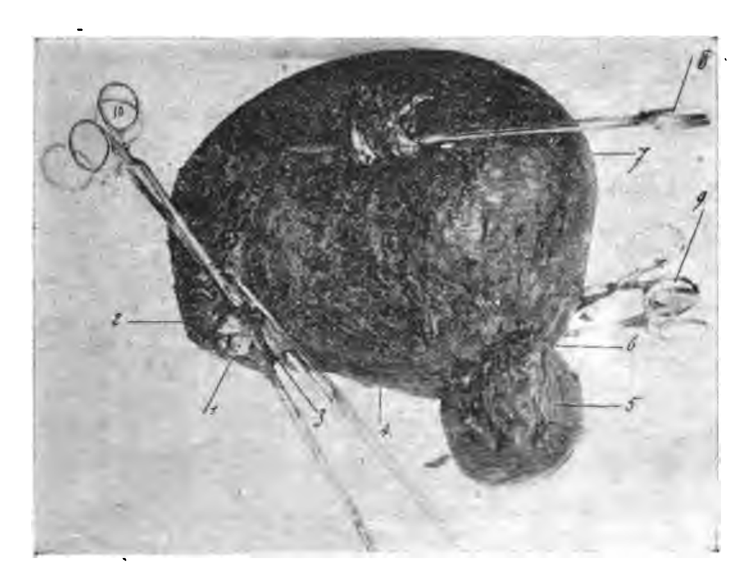


Fig. 2. — L'utérus extirpé vu de gauche au 1/4 de grandeur naturelle.

1. Gros orteil à nu dans l'orifice cervical. — 2. Paroi antérieure du col. — 3. Paroi postérieure du col étroitement appliquée à la paroi postérieure (regardant ici en avant) du corps de l'utérus en rétroflexion. — 4. Paroi postérieure (regardant en bas, en avant et à gauche) du corps de l'utérus rétrofléchi et tordu sur son axe de gauche à droite. — 5. Tumeur fibreuse sessile et adhérente, naissant de la partie la plus reculée de la paroi postérieure du corps, immédiatement au-dessous et un peu en dedans de la corne droite qu'elle cache. — 6 à 7. Fond de l'utérus regardant en arrière et en bas, portant l'empreinte de la saillie lombo-sacrée sur laquelle il se moulait. — 2 à 7. Profil de la paroi antéro-supérieure de l'utérus rétrofléchi, regardant à droite. — 8. Pince placée sur le pédicule vasculaire utéro-ovarien gauche pour maintenir la pièce naturellement injectée. — 9. Pinces placées sur le pédicule vasculaire utéro-ovarien droit. — 10. Pince placée sur le pédicule vasculaire utérin gauche.

binés du point de la paroi abdominale correspondant à l'orifice externe du col, la détermination par le toucher manuel du

siège exact de la tumeur, enfin les constatations faites *de visu* au cours de la laparotomie m'ont permis, en me servant d'une coupe médiane antéro-postérieure *ad naturam*, de rétablir l'utérus dans sa situation et dans son attitude. (Fig. 3.)

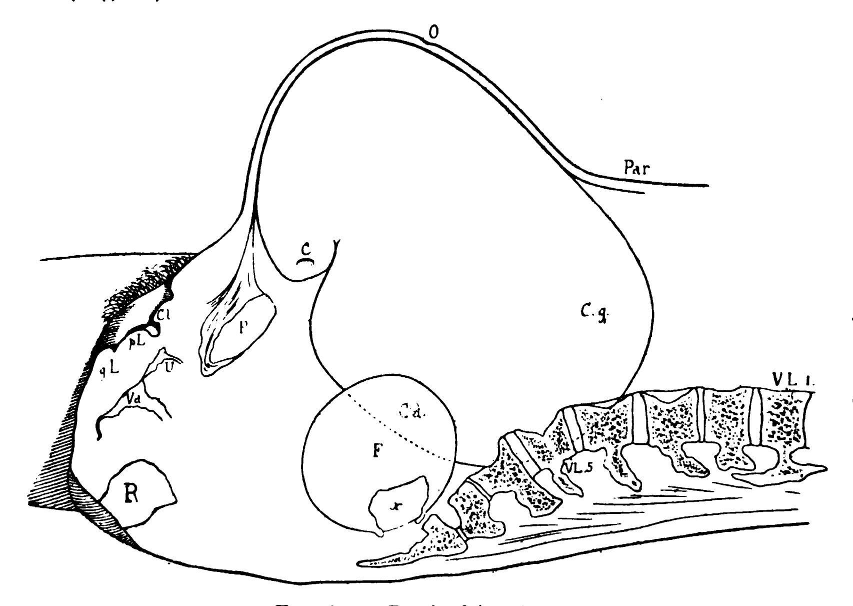


FIG. 3. — (Demi-schématique).

Coupe médiane, verticale, antéro-postérieure vue de gauche, intéressant le contenant, mais pas l'utérus contenu qui s'y trouve enchâssé comme un marron dans une moitié de son enveloppe.

P. Pubis. — VL. 5. Dernière vertèbre lombaire. — VL. 1. Première vertèbre lombaire. — O. Ombilic. — Par. Coupe de la paroi abdominale. — C. Col de l'utérus. — Cg. Corne gauche. — Cd. Corne droite (pointillée). — F. Le fibrome enclavé et adhérent dans la concavité sacrée. — X. Surface mise à nu par la dissection des adhérences. — Cl. Clitoris. — PL. Petite lèvre (coupe). — GL. Grande lèvre (coupe). — Va. Vagin. — U. Orifice de l'urèthre. — R. Rectum.

Il s'agit, on le voit, d'un fait rare, discuté encore par le plus grand nombre des auteurs, *d'une rétroflexion complète de l'utérus gravide à terme.*

Le col est situé dans le grand bassin, refoulé contre la paroi abdominale antérieure ; son orifice externe, qui regarde en bas et un peu en arrière, se trouve à 25 millim. au-dessus du bord supérieur du pubis.

La paroi antérieure de l'utérus est d'abord appliquée, dans l'étendue de 19 centim. à la paroi abdominale antérieure qu'elle soulève en pointe à 28 centim. du plan du lit, ce culmen correspondant à l'ombilic. A partir de ce point la paroi antérieure se coude et redescend très obliquement, en pente brusque, pour gagner le rebord costal sous lequel elle disparaît.

Le fond de l'utérus repose et se moule sur la paroi abdominale postérieure, sur la saillie en dos d'âne de la colonne lombo-sacrée, la *corne droite* faisant une légère saillie dans l'aire pelvienne et détachant à ce niveau la tumeur fibreuse qui, enclavée dans le bassin qu'elle obstrue, descend jusqu'au plancher coccy-sacré. La paroi postérieure de l'utérus formant couvercle à l'excavation pelvienne regarde en bas et en avant, et se continue à angle très aigu avec la paroi postérieure du col. De plus, l'utérus a subi une torsion sur son axe qui porte le hile gauche tout à fait en avant.

La cause de cette conformation extraordinaire de l'utérus gravide à terme est aisée à déterminer. La femme M... avait, antérieurement à la grossesse, un utérus en rétroflexion et fixé dans cette attitude par un fibrome sous-péritonéal sessile du fond, fibrome adhérent à la portion pelvienne de l'S iliaque. Les accidents péri-utérins relevés dans les antécédents, au début de 1894, marquent très probablement le développement de ces adhérences.

L'utérus rétrofléchi et maintenu en rétroflexion, devenu gravide, s'est développé tel quel jusqu'à terme, tandis que croissait la tumeur fibreuse qui, assez petite en 1894 pour être passée inaperçue d'un de nos collègues des hôpitaux les plus versés dans la chirurgie pelvienne, nous est apparue, en août 1896, suffisante pour obstruer le bassin d'où elle avait,

en se développant, chassé l'utérus toujours en rétroflexion.

Le point de cette observation qui doit attirer spécialement l'attention est celui-ci : l'*absence complète au cours de la grossesse de tout phénomène pelvien ou utérin*. La constipation n'a pas attiré l'attention et n'a, à aucun moment, nécessité de traitement spécial. La miction a toujours été régulière. Pas la moindre menace d'avortement ou d'accouchement prématuré. Bref la grossesse s'est jusqu'au dernier moment comportée de façon si normale que M..., dont l'attention était éveillée par sa maladie de 1894, n'a jamais songé à consulter. Sans l'hémorrhagie qui l'a surprise le 30 août, tout près du terme, elle ne serait venue à la Clinique que lors de l'apparition des premières douleurs, pour un accouchement qui lui semblait ne pas devoir présenter de difficultés.

Cette histoire cadre peu avec les descriptions que font nos auteurs classiques de la rétroversion gravide à marche lente, suite d'adhérences, signalée par Tyler Smith et Bernütz. « Le déplacement, disent-ils, persiste surtout quand il y a des adhérences et bientôt on observe tous les symptômes de la rétroversion à marche lente dont le phénomène le plus important est la rétention d'urine. »

« Nous signalerons, disent Tarnier et Budin, certains cas rares où l'utérus gravide rétroversé a pu continuer à se développer, grâce à une extension particulière de sa face antérieure; *une partie de la matrice restant dans le petit bassin*, la paroi antérieure de l'organe se laisse distendre peu à peu, puis dépasse le détroit supérieur et envahit la cavité abdominale... Que devient la grossesse dans ces conditions? Elle peut continuer plus ou moins longtemps suivant l'espace que le fœtus trouve pour son accroissement.

« Toutefois un avortement peut en interrompre le cours, ou bien des phénomènes d'enclavement surviennent, mais ils sont généralement plus tardifs que dans les cas ordinaires. D'autres fois, la grossesse arrive à une époque avancée et se termine par un accouchement prématuré.

« Enfin il est des cas où elle peut aller jusqu'à terme comme Scharlau, Chantreuil, etc., en ont cité des exemples.

« Malgré l'opinion de Depaul, ces faits de *rétroversion partielle* persistant jusqu'à une époque avancée et même jusqu'au terme de la gestation ne doivent pas être confondus avec ceux d'obliquité postérieure de l'utérus ou de *développement sacciforme* de segment postéro-inférieur de cet organe qui se produisent généralement à la fin de la grossesse et en dehors de toute rétroversion antérieure. »

Cette rétroversion partielle à laquelle Tarnier et Budin font allusion dans les lignes qui précèdent, pas plus que le développement sacciforme n'ont rien à voir avec la forme de rétroflexion que nous décrivons ici. On peut s'en convaincre aisément en comparant notre figure 3 avec la figure 9 de Tarnier et Budin (1) et avec la figure de Barnes. La rétroflexion dans notre cas est totale et non partielle; elle est abdominale et non pelvienne. C'est évidemment dans cette dernière particularité qu'il faut chercher l'explication de l'absence des symptômes et des accidents relevés dans les observations de rétroflexion partielle et de développement sacciforme.

Il me paraît intéressant de rapporter ici une observation publiée dans le *New-York Journal of Gynecology and Obstetrics*, t. III, Juin 1893, p. 484 à 486, par G.-E. Hermann, accoucheur du London Hospital et du General Lying in Hospital, président de la Société obstétricale de Londres.

On se rendra compte à la lecture combien il importe d'attirer l'attention sur cette variété rare de rétroflexion totale à terme qui peut donner lieu à de singulières méprises.

C'est après avoir eu connaissance d'une observation publiée par le Dr C.-A. Ramdohrs dans le même *New-York Journal*, et ayant trait à une rétroflexion partielle traitée par la

(1) *Traité de l'art des accouchements*, t. II, p. 234.

césarienne et terminée par la mort, que G.-E. Hermann s'est décidé à faire connaitre le cas extraordinaire que voici :

« *Un cas d'opération de Porro pour une indication unique.*

Le 2 mars 1893 je fus appelé près d'une femme E. A., âgée de 36 ans. Les douleurs du travail avaient commencé à 8 heures du matin. Les membranes s'étaient rompues à 9 heures. Je vis la patiente à 4 heures du soir. Les douleurs étaient énergiques et revenaient toutes les 3 ou 4 minutes et le pouls était à 140.

Le col de l'utérus était haut situé derrière la symphyse. L'orifice allongé transversalement. Ce col était refoulé en avant par une tumeur ronde et dure ayant le volume d'une noix de coco et située dans la concavité du sacrum, entre le vagin et le rectum.

La tumeur était absolument immobile. J'y enfonçai un trocart mais rien ne s'écoula. Il était donc évident qu'un accouchement naturel était impossible.

La parturiente fut transportée au London Hospital et dès que les préparatifs furent faits' l'opération césarienne fut pratiquée vers 6 h. 30 du soir.

On nota à l'incision de l'utérus la minceur de sa paroi antérieure. L'enfant était putréfié. L'orsqu'il fut extrait, la cavité qu'il occupait fut trouvée divisée en deux parties par une cloison transversale remontant à 4 ou 5 pouces au dessus du détroit supérieur. La partie de la cavité située en avant de la cloison transversale communiquait avec le canal cervical ; la partie située en arrière se terminait en cul-de-sac au niveau à peu près du détroit supérieur.

L'enfant avait l'abdomen dirigé en arrière, plié sur la cloison.

Ce singulier état de choses me causa quelque perplexité car je ne reconnus pas d'abord à quoi j'avais affaire. Dans l'incertitude où j'étais, l'opération de Porro me sembla l'intervention à préférer. Une ligature élastique fut donc passée autour de la base du sac qu'avait occupé l'enfant, c'est-à-dire autour du col et du fond de l'utérus, et la partie située au dessus de la ligature fut amputée.

L'examen de la partie enlevée et la considération de l'état de choses trouvé au cours de l'opération montrèrent clairement de quoi il s'agissait.

L'utérus avait été rétrofléchi par un fibrome attaché à la paroi postérieure. Ce fibrome, par suite d'adhérences ou par une autre cause, je ne sais au juste, s'était incarcéré dans la concavité du

sacrum et avait empêché le fond de l'utérus de s'élever. L'utérus était donc resté rétrofléchi, et sa cavité s'était développée aux dépens de sa paroi antérieure.

Le septum qui divisait la cavité utérine était l'éperon de l'angle de flexion.

Le pouls était à 140 au début de l'opération. La quantité de sang perdue ne fut pas trop grande. Le pouls, qui après l'intervention était plus large sans être plus rapide, ne s'accéléra pas par la suite. Mais il devint de plus en plus faible et la patiente succomba au bout de 4 heures.

Les amis de l'opérée nous refusèrent la permission de faire l'autopsie. Mais la tumeur fut incisée par le vagin et le fragment enlevé examiné au microscope. Il s'agissait d'un fibro-myôme.

Il est difficile de dire si l'opération de Porro était ou non le meilleur traitement dans ce cas. L'inclusion d'une si grosse masse dans la ligature élastique doit avoir aggravé le shock opératoire. Mais si j'avais suturé l'utérus et enlevé les ovaires la patiente eût été exposée à des dangers d'un autre ordre. Je n'aurais pas osé espérer que cet utérus aminci restât contracté et je ne pouvais penser sans crainte à la rétention possible des lochies dans la cavité utérine fixée en rétroflexion et aux conséquences d'une telle rétention. »

Le second point sur lequel nous appelons l'attention, c'est *la facilité de l'extirpation totale de l'utérus gravide à terme, non évacué au préalable et à vascularisation maxima*. La perte sanguine a été insignifiante, nullement comparable à ce qu'elle est dans une opération césarienne soit conservatrice, soit radicale. La bénignité des suites opératoires est également digne de remarque.

L'observation que nous publions est, croyons-nous, la première hystérectomie totale faite *de propos délibéré, et avec succès, au terme de la grossesse au lieu et place de l'opération césarienne suivie d'amputation utéro-ovarique.*

L'extirpation abdominale totale de l'utérus gravide non préalablement évacué par l'opération césarienne n'a été faite avec succès que dans les premiers six mois de la grossesse compliquée de cancer du col opérable ou de fibromes. La non viabilité de l'enfant à cette époque permet en effet de le laisser, vivant ou mort, dans l'utérus à extirper. Une opération

semblable faite à terme par Murphy pour un cancer du col a été suivie de mort dans les 48 heures.

Quant à l'hystérectomie abdominale totale consécutive à l'opération césarienne, dont MM. Pinard et Segond viennent de faire une heureuse application au traitement de certains cas de viciations pelviennes, elle a été pratiquée également un certain nombre de fois : 1° dans le traitement du cancer du col compliquant la grossesse et l'accouchement. C'est à tort, ainsi qu'on va le voir par la lecture des tableaux qui suivent, qu'on l'a baptisée du nom d'opération de Bischoff (de Bâle). C'est en effet Schröder qui l'a pratiquée le premier.

2° Dans le traitement des fibromes compliquant la grossesse et l'accouchement.

3° Dans le traitement des rétrécissements extrêmes du bassin.

Les tableaux suivants (voir pages 118 à 123) résument les 26 observations que j'ai pu rassembler.

Nous avons éliminé de cette statistique tout ce qui n'est pas extirpation totale de l'utérus gravide ou parturient par la voie abdominale *exclusivement*.

C'est ainsi qu'on n'y trouvera pas les hystérectomies totales par les voies vaginale et abdominale combinées de Zweifel (1), Werth (2), Stocker (3), Jacobs (4), Fehling (5), de Ott (6), Mangiagalli (7), Chiarleoni (8), Charlotte-B.

---

(1) Zweifel, 9 octobre 1888. *Centralbl., f. Gyn.*, 1889, n° 12, p. 103 à 200, mars 1893, in P. Caruso. Operazioni complementari del taglio cesareo. *Ann. di Ost. e Gin.*, juillet 1894, p. 386.

(2) Werth. 27 avril 1889, in Caruso, *ibid.*, p. 384.

(3) Stocker. 21 avril 1889, in *Centr. f. Gyn.*, 1892, n° 32, p. 632 à 634.

(4) Jacobs. Janvier 1892, in *Centr. f. Gyn.*, 1892, n° 17, p. 335 à 336.

(5) Fehling. In *Monatsch. f. Geb. u. gyn.*, t. 2, p. 349, 1895.

(6) V. Ott. In *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. 24 ; H. 1 ; 1896.

(7) Mangiagalli. In E. Amadei, Isterectomia cesarea totale vagino abdominale per carcinoma. *Annali di Ost. e Gyn.*, mai 1896, p. 394.

(8) Chiarleoni, *Ibid.*, p. 399.

Brown (1), etc., non plus que les cas de Warren (2), de Reverdin (3), etc., qui, vérification faite, sont des cas d'hystérectomies partielles, d'opérations de Porro avec traitement extra ou intra-péritonéal du pédicule.

De côté également les hystérectomies abdominales totales pour rupture utérine qui, au point de vue des conditions où s'accomplit l'acte opératoire, n'ont rien de comparable aux interventions que nous passons en revue.

Nous restons en présence de 27 hystérectomies abdominales totales (4) faites de 1879 à 1897 et qui se soldent en bloc par 18 guérisons et 9 morts.

Ces 27 cas sont trop dissemblables pour que l'on puisse, en s'appuyant sur le bloc, tenter de juger l'avenir de l'hystérectomie obstétricale. Il faut les grouper suivant que l'hystérectomie a été pratiquée sur un utérus cancéreux, sur un utérus fibromateux, sur un utérus non dégénéré, l'indication étant dans ce dernier cas l'existence d'un rétrécissement du bassin.

Cancer du col............	11 cas	avec	4 guérisons	et	7 morts.
Fibromes..................	7	—	6	—	1 mort.
Bassins rétrécis..........	8	—	7	—	1 —
Tumeur intra-ligamentaire.	1	—	1	—	—

Cela prouve, et il fallait s'y attendre, qu'au point de vue du pronostic opératoire, il y a une différence capitale entre l'extirpation abdominale totale d'un utérus cancéreux et celle d'un utérus atteint de fibrome ou non dégénéré.

Cette gravité plus grande du pronostic, dans les cas de cancer, persiste de quelque façon qu'on catégorise les observations.

En les lisant, on s'aperçoit bientôt, en effet, que le plus grand nombre de ces interventions chez des **cancéreuses** ont été pratiquées après des tergiversations et une expecta-

(1) *Occidental medical Times*, août 1896.

(2) Warren, *Americ. Journ. of. Obst.*, janvier 1882.

(3) *Bullet. et mém. Soc. chir.* Paris, n° 1, t. 20, p. 199 à 203.

(4) En y joignant notre observation.

EAU I.

Hystérectomie abdominale totale sans opération césarienne préalable.

OPÉRATEUR ET DATE	INDICATIONS	SUITES OPÉRATOIRES	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE
	a). Au voisinage du terme.		
1. **J. Murphy** 12 décembre 1888.	Vpare de 33 ans. Cancer du col. Amenée de la ville, le travail durant depuis 4 jours ; épuisée par hémorrhagies répétées. Fœtus mort, membranes intactes. Laparotomie. Pour économiser le sang et le temps, uterus extirpé sans ouverture préalable. Ligature et section des ligaments larges ; incision transversale antérieure pour libérer la vessie et ouvrir le vagin ; id. postérieure. Pinces de Péan sur les parois du vagin. Section de celui-ci, extirpation de l'utérus. Drainage (tube de verre) par la brèche vaginale.	Morte au bout de 48 heures, d'épuisement. A l'autopsie ni péritonite ni carcinose péritonéale.	*British. med. journ.*, 10 octobre 1891, p. 795.
	b). Avant le 7e mois.		
2. **Mackenrodt.** 1er août 1890.	VIIpare de 34 ans, exsangue, hémorrhagies incessantes depuis quatre mois. Grossesse de 6 mois et cancer du col. — Transfusion. Hystérectomie abdominale totale sans évacuation préalable de l'utérus. (voy. le man. opér. in *Ann. de Gynécol.*, t. XLII, p. 88.	Morte le lendemain de collapsus malgré une nouvelle transfusion. Autopsie : anémie profonde de tous les organes.	E. HERNANDEZ, *Traitement du cancer de l'utérus gravide*, in-8°, Paris, 1893, Steinheil, p. 29.
3. **Mackenrodt.** Novembre 1891.	Vpare de 35 ans. Grossesse de 6 mois et cancer du col. Même opération que ci-dessus. Durée 48 minutes.	Guérison opératoire ; sortie le 26e jour. Morte 7 mois après, cancer intestinal, iléus, laparotomie, résection et anus contre nature, morte le 7e jour.	*Ibid.*

4. **Mackenrodt.** Juin 1892.	IVpare. Grossesse de 5 mois et cancer du col. Même opération que ci-dessus.	Guérison opératoire · Revue en bon état en février 1893.	*Ibid.*
5. **A. Martin.** 14 novembre 1888.	Femme de 37 ans. 1 avortement antérieur. Volumineux myôme du corps et 2 myômes du col de la grosseur d'un œuf de poule. Grossesse de 4 mois. Symptômes graves de compression empêchant l'expectation jusqu'à la viabilité du fœtus. Laparotomie. Enucléation des fibromes jugée impossible sans ouverture de la cavité utérine. Extirpation abdominale totale. Durée 33 minutes. Drainage vaginal.	Guérie. Sort le 33me jour.	*Zeitschr. f. Geb. u Gyn.* T. 20, p. 109.
6. **A. Martin.** 4 décembre 1889.	Femme de 28 ans, laparotomie il y a un an pour tumeur ovarienne. Grossesse de 3 à 4 mois compliquée de tumeur intraligamentaire gauche polykystique une fois plus grosse qu'une tête d'enfant. Laparotomie et extirpation totale de l'utérus. Drainage par le vagin.	Guérie. Sort le 16me jour.	*Ibid.*, p. 113.
7. **Kufferath.** (Bruxelles).	Femme de 30 ans, IIIpare. Grossesse de 3 mois 1/2 à 4 mois compliquée de fibromes, l'utérus dépassant l'ombilic de plus. travers de doigt. Vives douleurs, troubles vésicaux et rectaux, vomissements graves. Laparotomie suivie d'hystérectomie totale.	En bon état le 12me jour (lors de la présentation).	*Bullet. de la Soc. belge de gynéc. et d'obstétr.*, 1896, n° 9, p. 192.
8. **Lannelongue.** (Bordeaux). 6 juillet 1892.	Femme de 36 ans. Enorme tumeur fibreuse du fond de l'utérus. Grossesse de 4 mois non soupçonnée; hystérométrie 10 centim. Hystérectomie abdominale d'après le procédé de Guermonprez.	En bon état 10me jour (lors de la présentation)	*Soc. d'obs. et de gyn. de Bordeaux*, 12 juillet 1892 ; in *Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 juillet 1892, n° 30, p. 360
9. **Ch. Monod.** 1896.	39 ans. Multipare. Arrêt des règles depuis 4 mois. Fibromes utérins à marche rapide dépassant l'ombilic. Hystérectomie abdominale totale. Grossesse de 4 mois non soupçonnée, hydramnios.	Guérie.	*Bull. Soc. anatomique*, 1896, p. 740, et ci-après, p. 129.

TABLEAU II.

Hystérectomie abdominale totale comme complément de l'opération césarienne.

OPÉRATEUR ET DATE	INDICATIONS	SUITES OPÉRATOIRES	ENFANT	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE
	A — CANCER DU COL.			
	a). Au voisinage du terme.			
1. **Schröder.** 27 octobre 1879.	IIIpare en travail. Cancer du col. Temp. 39°,5. Enfant vivant présentant le sommet. Opération césarienne suivie d'opération de Freund.	Morte le lendemain.	Asphyxié, non ranimé.	*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XII, p. 280 (observ. très écourtée)
2. **Bischoff.** (Bâle). 17 décembre 1879.	VIIIpare de 41 ans. Grossesse de 8 mois et cancer du col; femme épuisée par hémorrhagies répétées. Opération césarienne suivie d'opération de Freund, hémorrhagie grave pendant l'opération rendue difficile par la propagation du cancer au parametrium gauche; on a lié l'uretère gauche.	Morte quelque heures après de collapsus.	Fille vivante de 3.200 gr. Vivante en 1883.	*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. X, p. 14.
3. **Schröder.** 1885.	Femme en travail prématuré, 7 semaines avant terme. Cancer du col. Fièvre, putréfaction, souffrance du fœtus. Opération césarienne suivie d'opération de Freund. Blessure de la vessie.	Morte 5 h. après. Péritonite à streptocoques.	Asphyxié, n'a pu être ranimé.	*Gesellsch. f. Geb. u. Gyn.* Berlin, 27 nov. 1885, in *Centralbl. f. gyn.*, 1886, p. 10 (observation écourtée, en présentant la pièce.)
4. **Fochier.** (Lyon). 15 mars 1888.	VIpare de 38 ans, en travail depuis 10 jours, à terme. Cancer du col. Pas de fièvre. Enfant mort. Opération césarienne suivie d'opération de Freund (du pus s'écoule à l'ouv. de l'abdomen).	Morte au bout de 79 heures. Péritonite purulente.	Mort, avant l'interv.	*Lyon médical*, 13 mai 1888, p. 58 (observation écourtée).

5. **Freund.** (Strasbourg). 28 juin 1888.	Vpare cachectique de 33 ans en travail depuis 48 heures, à 8 mois 1/2. Cancer du col étendu au parametrium surtout à gauche. Opération césarienne suivie d'opération de Freund.	Morte sur la table. Anémie et collapsus cardiaque.	Vivant, gros, fort.	GRAPOW. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. 17, p. 110.
6. **Fritsch.** (Breslau). 8 novembre 1891.	VIIpare, de 35 ans à terme, à la Clinique depuis plusieurs jours, en travail depuis la veille. Cancer de la portion vaginale étendu à la paroi postérieure du vagin et au parametrium droit. Opération césarienne suivie d'opération de Freund. Durée 2 heures. Drainage vaginal à la gaze iodoformée (enlevé le 6e jour).	Guérie après longue suppuration. Les sutures abdominales ayant été enlevées le 7e jour, la plaie se désunit par vomissement et une anse d'intestin fait issue au dehors. Réduction et suture.	Vivant 3,000 gr.	H. MÖLLER. *Centralbl. f. Gyn.*, 1892, nº 6, p. 99.

b) Avant le 7e mois.

7. **Spencer Wells** 21 octobre 1881.	VIIpare, grossesse de 6 mois et épithélioma du col. Au cours d'une tentative d'hystérectomie abdominale totale sans évacuation préalable de l'utérus celui-ci est ouvert en disséquant la vessie. Ponction de l'œuf, extraction du fœtus et terminaison de l'hystérectomie. Durée 1 heure. Suture, pas de drainage.	Guérison opérat. Se lève le 28e jour bien qu'au 8e jour se soit produite la même complication que dans le cas précédent.	Mort 670 gr.	*Medic. chir. Transact.*, Londres, 1882, t. XLV, p. 25 à 37.

B. — FIBROMES.

8. **Fritsch.** (Breslau). 1891.	Volumineux myôme du col. Maladie de Bright. Eclampsie. Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale à la Martin.	Morte le 6e jour sans fièvre, de l'opér. ou du mal de Bright ?	pas de renseignement.	*Soc. obst. de Berlin*, 27 février 1891, in *Centr. f. gyn.*, 1891, nº 18, p. 362 (observ. écourtée).

OPÉRATEUR ET DATE	INDICATIONS	SUITES OPÉRATOIRES		INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE
9. **Guermonprez.** (Lille). 9 juillet 1895.	Ipare de 34 ans, à terme, en travail. Fibrome irréductible obstruant le bassin. Membranes rompues. Enfant vivant. Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale en deux temps. Drainage à la Mickulicz les 3 premiers jours.	Guérie.	Vivant. (poids non indiqué.)	Documents sur l'hystérectomie abdominale totale pour fibro-myômes utérins. Paris, 1896, J.-B. Baillière, p. 177 à 183.
	C. — BASSINS VICIÉS.			
10. **Bossi.** (Gênes). 7 janvier 1893.	IVpare de 30 ans à terme, en travail depuis quelques heures. Bassin ostéomalacique ; diam. bi-ischiatique 55 millim. Opération césarienne suivie d'hystérectomie à la Martin. Ligature et section des ligaments larges. Incision circulaire du péritoire, désinsertion du vagin, hémostase à la soie, suture du vagin et du péritoine.	Guérie sans fièvre.	Vivant.	*Ann. di Ostetr. e Ginec.*, Milan, t. 16, p. 74 à 87.
11. **Rieppi.** (Udine). 29 avril 1894.	Ipare de 30 ans. Bassin rachitique C. V. 65 millim. Taille 1 m. 54. A terme, au début du travail, opération césarienne. Utérus inerte et saignant. Extirpation totale. Suture du vagin et du péritoine. Drainage à la gaze iodof. par l'angle sup^r de la plaie abdominale (enlevé le 4^me jour, suture).	Guérie sans fièvre.	Vivant 2850 gr.	*Ann. di Ostetr. e Ginec.*, Milan, 1895, n° 12.
12. **Rieppi.** 19 juillet 1894.	Ipare de 22 ans. Conjugué vrai 55 millim. amenée en travail (depuis la veille), examinée au dehors, poche rompue. Opération césarienne, suivie d'extirpation totale indiquée à la fois par l'inertie utérine et le rétrécissement absolu. Drainage par la plaie abdominale (enlevé le 5^e jour, suture).	Guérie ; fièvre légère. Sortie le 20^e jour.	Vivant 3600 gr.	*Ibid.*

13. **Rieppi.** 15 juin 1895.	Ipare. Conjugué vrai de 45 milim. Envoyée par un médecin de la ville, en travail, poche rompue. Opération césarienne et hystérectomie totale. Pas de drainage.	Guérie sans réaction. Sortie le 18 août.	Vivant 3,000 gr.	*Ibid.*
14. **Schauta.** 21 février 1895.	XIpare de 43 ans. Bassin ostéomalacique à rétrécissement absolu. Opération césarienne au début du travail suivie d'hystérectomie totale. Suture du péritoine.	Guérie.	Vivant	*Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. 2, p. 152 (observation écourtée).
15. **Pantaloni** (Marseille.) 22 juin 1896.	Ipare de 28 ans, à terme. Ankylose des deux hanches, suite de coxalgie. Accouchement jugé impossible par les voies naturelles. Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale. Drainage abdominale les 3 premiers jours.	Guérie ; suites comme celles d'un accouchement normal. Se lève le 21e jour.	Vivant 2,300 gr.	*Arch. provinc. de chir.*, t. 6, nº 2, p. 118, 1er février 1897.
16. **Pinard** et **Segond.** 16 décembre 1896.	Ipare de 32 ans ; à terme, à la clinique depuis 2 mois. Bassin rachitique asymétrique. Conjugué diagonal 78 millim. Enfant vivant. Opération césarienne au début du travail par Pinard. Hystérectomie abdominale totale par Segond. Drainage vaginal. (Méthode américaine.)	Guérie. Drainage enlevé le 13e jour, se lève le 21e jour.	Vivant 3,600 gr.	*Bullet. Acad. de Méd.*, 19 janvier 1897, p. 47 à 50 et ci-dessus p. 97.
17. **Pinard** et **Segond.** 28 janvier 1897.	Ipare de 41 ans, à terme, en travail depuis 21 heures, amenée du dehors, examinée en ville par une sage-femme et un médecin, albuminurique. Bassin rachitique Conjugué vrai de 75 à 80 millim. Œuf ouvert, liquide vert. Battements irréguliers 120 à 170. Température 37°,4. Pouls 120. Opération césarienne par Pinard, hystérectomie totale par Segond, comme précédemment.	Morte 50 heures après. La température n'a pas dépassé 37°,8. Pouls 120 à 160. Vomissements, ballonnement considérable du ventre, facies abdominal, extrémités froides. Autopsie, pas de péritonite évidente ; deux cuillerées de liquide sanguinolent.	Vivant 2,850 gr. ranimé après 15 minutes d'insufflation.	Inédite.

tion prolongées, alors que du fait de la longue durée du travail s'étaient déjà développées l'infection, la putréfaction utéro-vaginales ; on s'aperçoit encore que c'est parmi elles que se rencontrent les observations les plus anciennes en date (1879), remontant par conséquent à une époque où l'antisepsie n'était pas ce qu'elle est aujourd'hui et où le manuel opératoire était encore à l'état embryonnaire. Peut-on comparer la statistique tant et si justement décriée naguère de l'opération de Freund à celles de l'hystérectomie abdominale actuelle ?

Même en laissant de côté ce dernier point de vue, une division s'impose donc en :

Interventions de choix au cours de la grossesse....................	5 avec 3 guérisons et 2 morts.
Interventions de nécessité au cours du travail......................	6 avec 1 guérison et 5 morts.

Les deux morts au cours de la grossesse ont trait : 1° à une femme épuisée par des hémorrhagies répétées et qui a succombé en quelques heures (Bischoff, tableau II, obs. 2) ; 2° à une femme exsangue à laquelle on dut faire une transfusion préalable et qui succomba le lendemain au collapsus malgré une nouvelle transfusion (Mackenrodt, tableau I, obs. 2).

Dans le second groupe, le cas de guérison est le seul où l'opération ait été faite dans des conditions comparables à celles qu'offre la grossesse (tableau II, obs. 6) : la femme était en surveillance dans une clinique depuis quelques jours ; l'hystérectomie, décidée à l'avance, fut exécutée de bonne heure, au début du travail, la femme n'étant ni fatiguée, ni infectée. Tandis que dans les deux cas de Schröder, la fièvre était déjà installée, que dans celui de Fochier il y avait péritonite, que dans celui de Murphy la femme arrivait de la ville après un travail de 4 jours, que dans celui de Freund la patiente en travail depuis 48 heures était cachectique (1).

(1) Le tome 3 (p. 166) du *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896 contient la courte, note qui suit :

« La doctoresse Dokuschewskaja rapporte un cas d'opération césarienne

Si donc on voulait persister dans cette voie de l'hystérectomie abdominale totale pour cancer, ce qui n'est peut-être pas très rationnel, il faudrait réserver cette opération aux cas où, le cancer étant bien nettement limité au col, on peut intervenir au cours de la grossesse ou au début du travail, et continuer à traiter par le Porro les cas où l'on n'est appelé à pratiquer l'opération césarienne qu'en dernier ressort, tardivement, chez des femmes à tractus génital infecté.

Les résultats obtenus dans les cas de **fibromes** sont plus encourageants. Au nombre de 7, ces observations nous donnent 6 guérisons et 1 mort. On peut même faire rentrer dans ce groupe le cas de Martin (tumeur intra-ligamentaire polykystique) soit 8 opérations avec 7 guérisons et 1 mort.

Elles se répartissent en :

5 opérations pratiquées avant le 7e mois.... 5 guérisons.
3 opérations à terme ou près du terme..... 2 guérisons, 1 mort.

Pour ces trois derniers cas, l'hystérectomie abdominale totale ayant été faite de bonne heure, au début du travail, alors que les femmes n'étaient ni infectées ni épuisées, il ne saurait y avoir, du fait du travail, une aggravation aussi sérieuse du pronostic que semblent l'indiquer ces chiffres. De fait, l'albuminurie et l'éclampsie paraissent avoir été, dans le cas mortel de Fritsch (tableau II, obs. 8), les causes déterminantes de l'insuccès.

En l'absence de complications de cet ordre qui n'ont rien à voir avec la dégénérescence fibromateuse, l'hystérectomie abdominale totale nous paraît devoir donner, dans le traitement des fibromes compliquant la grossesse ou l'accouche-

---

pour cancer du col suivie d'extirpation totale de l'utérus. La patiente se présenta à l'Helenengebäranstalt au 9e mois de sa grossesse avec un cancer très étendu du col empêchant l'accouchement par les voies naturelles. L'opération césarienne, pratiquée par le professeur Ott, permit d'extraire une fille vivante de 3,020 gr. ; on pratiqua aussitôt après l'extirpation totale de l'utérus. La mère et l'enfant sont sortis en bon état. » — Les détails manquant nous nous sommes abstenu de faire rentrer cette obserservation dans nos tableaux.

ment, des résultats supérieurs à ceux de l'opération de Porro avec traitement extra ou intra-péritonéal du pédicule (1).

Les mêmes raisons qui la font préférer par le gynécologue doivent la faire préférer par l'accoucheur.

Lorsque l'enfant n'est pas viable ou lorsque, ayant dépassé le septième mois, il est mort au moment où l'intervention s'impose — comme dans notre cas — le mieux est de faire l'hystérectomie sans s'occuper de lui et de traiter l'utérus plein comme l'utérus vide. Économie de temps et de sang, facilité plus grande d'extirpation, telles sont les raisons qui militent contre l'hystérotomie préalable.

Restent les **rétrécissements du bassin.**

Nous avons, dans ce groupe, 8 cas avec 8 enfants vivants, 7 guérisons et 1 mort maternelle. Nous ne parlons que des cas publiés. Peut-être en est-il d'autres (2). S'il faut, en effet, croire Gigli (*Ann. di Ostetricia e Ginec.*, octobre, 1894, p. 649) qui dit l'avoir vu, Fritsch, alors à Breslau, aurait fait l'hystérectomie abdominale totale sur une femme ayant un rétrécissement très prononcé du bassin, arrivée à la Clinique, en travail depuis quelques heures, après un assez long trajet en chemin de fer, et ayant subi plusieurs tentatives infructueuses d'accouchement par les voies naturelles.

Fritsch aurait extrait l'utérus sans évacuation préalable comme s'il se fût agi d'un gros fibrome interstitiel. La femme aurait guéri.

Des 8 observations dont nous possédons le compte-rendu détaillé, 7 ont trait à des indications absolues, à l'opération césarienne et 1 à une indication relative.

Parmi les 7 à indication absolue, il en est 6, celle de Bossi,

(1) Schauta (*loc. citato*) dit qu'il a fait, outre l'hystérectome totale pour rétrécissement extrême rapportée ci-dessus (tableau 2, obs. 14), 3 autres extirpations abdominales totales d'utérus gravide atteints de volumineux myômes. Les 3 femmes ont guéri. Nous n'avons pas, faute de détails, voulu joindre ces 3 cas aux précédents.

(2) Les *Annales de gynécologie* recevront avec reconnaissance toute communication qu'on voudra bien leur faire sur ce sujet.

a première de Rieppi, celle de Schauta, celle de Pantaloni et la première de Pinard où la question de l'hystérectomie abdominale totale complémentaire ne pouvait se poser que pour ceux qui, comme nous, sont partisans de l'opération radicale dans les cas de rétrécissement extrême. Il s'agit, en effet, de cas *aseptiques* où les partisans de la césarienne conservatrice n'hésitent pas à opérer.

Mais, étant donné qu'on préfère, comme nous, l'opération radicale, il semble que l'on doive recourir à l'hystérectomie totale de préférence au Porro, pour les raisons qui font préférer actuellement l'hystérectomie à l'amputation supra-vaginale, qui faisaient préférer naguère le traitement intra-péritonéal au traitement extra-péritonéal du pédicule.

A condition, nous empresserons-nous d'ajouter, qu'on soit entraîné à la pratique de la chirurgie abdominale ; il nous semble en effet que, pour le praticien, une fois par hasard acculé à l'opération césarienne, la méthode de choix doive rester le classique Porro.

Dans les deux autres cas à indication absolue, ceux de Rieppi, la question de l'hystérectomie abdominale totale pouvait se poser même aux partisans en principe de l'opération césarienne conservatrice en cas de rétrécissement absolu. Il s'agissait, en effet, de femmes dont le travail avait commencé en ville; chez qui, la poche étant rompue, des examens répétés avaient été pratiqués par des mains suspectes ; il y avait donc, pour tout le monde, indication à une opération radicale.

Et la question se pose alors entre le Porro classique qui, jusqu'à présent, a paru l'intervention de choix dans ces cas suspects et l'hystérectomie abdominale totale.

En théorie, Schauta se prononce pour le Porro classique et croit qu'il faut réserver l'hystérectomie abdominale totale aux cas aseptiques. En pratique, Rieppi a passé outre et s'en est bien trouvé. Nous allons revenir sur ce point à propos de la dernière observation de notre statistique. Il s'agit d'une hystérectomie totale faite par M. Pinard dans un cas de

rétrécissément pelvien justiciable de la symphyséotomie, mais où celle-ci a été jugée plus périlleuse pour la mère et pour l'enfant que l'opération césarienne (indication relative).

Étant admis cette indication à la césarienne, il ne pouvait être question que de l'opération radicale, les conditions dans lesquelles se trouvait la parturiente contre-indiquant la césarienne conservatrice puisqu'elles contre-indiquaient la symphyséotomie.

En faveur de l'opération classique il y avait des raisons de fait et des raisons théoriques; des raisons de fait: les résultats favorables *quoad vitam* donnés jusqu'alors en pareils cas par l'opération de Porro classique (1); des raisons théoriques: la possibilité de vider hors du ventre l'utérus à contenu suspect, de faire une opération primitivement et secondairement extra-péritonéale.

Contre l'opération de Porro, et en faveur de l'hystérectomie totale, il y avait le désir de ne rien laisser d'un utérus qu'on supposait infecté, rien qui fût capable de donner naissance par la suite à des complications septiques. C'est l'hystérectomie totale qui fut choisie. La femme a succombé cinquante heures plus tard avec accélération du pouls, température au-dessous de 38°, vomissements, ballonnement du ventre.

On ne peut, sur un aussi petit nombre de faits, prononcer pour ou contre l'application aux cas *suspects* de l'hystérectomie abdomidale totale. Le sujet mérite qu'on y réfléchisse et qu'on ne se hâte pas de lâcher la proie pour l'ombre.

---

(1) Voyez ci-dessus, p. 101.

FIBROME UTÉRIN. GROSSESSE. HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

Par **Ch. Monod**,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

Observation (1). — La nommée, M..., âgée de 39 ans, ménagère, entrée le 30 octobre 1896, pavillon Gosselin, service du Dr Ch. Monod.

Antécédents. — Mariée à 16 ans, cette malade n'a jamais eu d'enfants, pas de fausses couches. Elle a été réglée à 15 ans sans souffrances. Les règles ont toujours été normales ; jamais un seul retard. Pas de ménorrhagie, ni de leucorrhée.

Santé générale habituellement bonne.

Les dernières règles datent du 20 juillet 1896.

Vers le 20 août, époque où la menstruation aurait dû se faire, la malade ressent pour la première fois des douleurs dans le ventre, irradiant dans les lombes et dans les jambes ; exaspérées par la marche ; d'ailleurs peu intenses.

On relève, par l'interrogatoire, des signes probables de grossesse qui se seraient manifestés à ce moment : nausées, quelques vomissements, lassitude générale ; picotements au niveau des seins qui auraient légèrement augmenté de volume ; l'appétit et les digestions sont restés bons.

Ces divers incidents n'ont pas empêché la malade de travailler jusqu'à son entrée à l'hôpital. Elle n'a aucune idée qu'elle puisse être enceinte, —après 23 ans d'un mariage resté jusqu'ici stérile, — et ne vient consulter que pour les tumeurs volumineuses qui distendent son ventre et dont elle demande à être débarrassée.

État à l'entrée. — L'état général de la malade est excellent. L'attention n'est attirée tout d'abord que par le ventre qui se présente sous l'aspect suivant :

Inspection. — A première vue le ventre est gros, on voit se dessiner sous la peau, dans le flanc gauche, au niveau et à la

(1) Observation rédigée d'après les notes de M. Fernand Monod, interne du service.

[illegible] qui semble avoir le volume d'une tête de [illegible] à terme.

Palpation et percussion. — [illegible] deux tumeurs distinctes :

La première, celle qui forme une saillie visible, siège dans le [illegible] sa limite supérieure [illegible] au-dessus de l'ombilic [illegible] à la percussion [illegible] vers la ligne médiane [illegible] pour reprendre aussi à sa [illegible] assez régulièrement arrondie dans [illegible] elle se [illegible] avec la [illegible] et avec les organes du petit bassin. Elle ne suit [illegible] les mouvements respiratoires, elle est d'ailleurs [illegible]

La seconde [illegible] la fosse iliaque droite. Elle est [illegible] point de saillie appréciable. Sa [illegible] supérieure [illegible] concavité [illegible] au-dessus de l'ombilic ; [illegible] mais comme la première, ne suivant pas non plus les mouvements respiratoires, [illegible] elle n'est pas [illegible] de la première tumeur par une fluctuation [illegible] la sensation que peut donner une [illegible] dans une poche résistante.

Les deux tumeurs se [illegible] et semblent unies par une base commune sur la ligne médiane, à l'hypogastre.

Toucher. — Le toucher devait révéler l'existence d'une *troisième tumeur.*

On trouve immédiatement en effet par le *toucher vaginal*, sur une grosse masse dure, de dureté fibreuse qui remplit le cul-de-sac postérieur et latéral droit. Il semble par le toucher combiné qu'elle se continue avec l'une ou l'autre des deux tumeurs abdominales — plutôt peut-être avec la seconde : les pressions exercées sur celle-ci se transmettent un peu mieux au doigt vagin al appliqué sur la tumeur inférieure.

Cette tumeur est enclavée dans le petit bassin et ne jouit que d'une mobilité douteuse.

Le col utérin, un peu mou, entr'ouvert, est repoussé en avant. On sent mal le corps de l'utérus qui se confond avec les masses

abdominales. Par le toucher combiné, les pressions exercées sur celles-ci se transmettent au col utérin.

Par le *toucher rectal*, on retrouve la tumeur inférieure qui fait dans l'intestin une saillie considérable. Il semble que par là on puisse la mobiliser et la refouler en haut.

Diagnostic. — Un premier diagnostic s'impose, celui de tumeurs fibreuses — probablement sous-péritonéales, à cause de l'absence de métrorrhagies — pour la première et la troisième tumeur. Pour la seconde, il est plus indécis. On songe à la possibilité soit d'un kyste ovarique, soit plutôt d'une grossesse extra-utérine. En effet, outre la suppression très nette et brusque des règles, jusque-là régulières, et les signes probables de grossesse dont il a été parlé, il existe autour du mamelon des tubercules de Montgomery et sur la ligne blanche de l'abdomen une pigmentation assez nette.

On ne s'arrête guère à l'idée d'une grossesse normale compliquée de fibromes.

On comprend que dans ces conditions on se soit décidé à une intervention radicale, instamment demandée, d'ailleurs par la malade.

Opération, 7 novembre 1896, avec le bon concours de mon excellent collègue, M. le Dr Arrou.

Laparotomie médiane, incision sous-ombilicale presque aussitôt prolongée au-dessus de l'ombilic. Le ventre ouvert, on découvre immédiatement la tumeur droite, elle est lisse, d'aspect charnu, et contient évidemment du liquide ; son aspect est celui de l'utérus distendu ou d un corps fibreux mou.

La laissant en place, je vais à la recherche de la seconde tumeur celle de gauche, qui s'enfonce sous la lèvre gauche de l'incision ; celle-ci est dure, mobile et est facilement amenée dans la plaie ; c'est évidemment un fibrome. Elle se confond à sa base avec la tumeur de droite. Dans l'effort que je fais pour l'amener dans la plaie, la tumeur de droite, suivant le mouvement, comprimée latéralement, crève et laisse échapper en même temps qu'un liquide abondant, clair, un petit fœtus de 4 mois environ. Des éponges en grand nombre, étanchent le liquide écoulé ; d'autres refoulent la masse intestinale, d'autant plus aisément que la malade est aussitôt placée en position déclive.

Continuant l'exploration du ventre, je plonge la main dans l'ex-

cavation, où je découvre sans peine la troisième tumeur, sentie par le toucher vaginal. Comme les précédentes, elle est libre de toute adhérence et peut très facilement, elle aussi, être amenée dans la plaie. Cette troisième tumeur, comme la première n'est autre qu'un fibrome.

J'ai, en somme, actuellement en mains et hors du ventre l'utérus gravide vidé, et revenu sur lui-même, flanqué de deux grosses tumeurs fibreuses ; le col utérin très allongé leur forme comme un pédicule commun qui s'enfonce dans le petit bassin.

Il m'est facile de placer deux clamps sur le segment inférieur de l'utérus, à l'origine du col, au-dessous des tumeurs, clamps embrassant les deux ligaments larges. Une section faite au-dessus d'eux libère définitivement l'utérus et les deux tumeurs.

Je complète l'opération par l'extraction, en un second temps, du moignon utérin restant et du col.

En prévision d'une hystérectomie abdominale totale, et de manœuvres possibles par le vagin, celui-ci avait été lavé, brossé, irrigué et finalement tamponné à la gaze iodoformée.

Je prie M. Arrou d'introduire par la vulve un long clamp courbe et de le pousser jusque vers le cul-de-sac postérieur. Sur cette pince, dont je sens nettement l'extrémité derrière le moignon utérin, j'incise le vagin; et à travers l'ouverture ainsi faite je vais saisir le col que j'attire en haut. Je le dégage, au bistouri et aux ciseaux, de ses insertions vaginales, à gauche d'abord puis en avant (une sonde dans la vessie indiquant la situation de celle-ci et permettant de l'éviter), puis à droite par arrachement.

Le moignon utérin est ainsi complètement enlevé. J'ai supprimé, au cours de cette dernière manœuvre, les deux pinces-clamps placées sur les ligaments larges, saisissant à mesure les artères qui saignaient Ces artères sont maintenant liées avec des fils de soie, dont les chefs, laissés longs, sont ramenés par le vagin à la vulve. Je place ainsi 4 à 5 ligatures.

Pour fermer la large ouverture péritonéo-vaginale résultant de l'ablation du col, je fais deux surjets à la soie, l'un à droite, l'autre à gauche, auxquels j'ajoute quelques points séparés. Tous ces fils embrassent à la fois les bords des tranches vaginales et le péritoine.

Les chefs de ces fils sont, comme les précédents, amenés par le vagin à la vulve.

En tirant sur l'extrémité de ces fils, on constate que l'ouverture vagino-péritonéale plissée, en bourse est bien fermée.

Pour plus de sûreté, en raison du liquide qui est écoulé dans le péritoine, je pousse jusqu'au fond du petit bassin une mèche de gaze à la Mickulicz avec un drain dont l'extrémité supérieure sortira par la partie inférieure de la plaie.

Celle-ci est fermée par une suture au crin de Florence, à un étage.

L'opération proprement dite a duré trente-cinq minutes. Mais plus d'une heure s'est écoulée depuis le début de la chloroformisation jusqu'au retour de la malade à son lit (1).

Suites. — Bonnes. Choc peu considérable. Injections sous-cutanées de sérum, le premier et le deuxième jour (400 et 500 gr.).

La température (axillaire) restée aux environs de 37°, les six premiers jours, s'élève le septième à 38°,9 sans cause appréciable, pour retomber dès le lendemain à la normale et y rester.

Le pouls a atteint 130 et 140 les deux premiers jours ; il revient aux environs de 100 le troisième jour et y demeure jusqu'au quatorzième, puis redevient normal.

Le « Mickulicz » est enlevé le 9 novembre ; il est remplacé par un drain qui est lui-même supprimé le 11 ; le suintement a été peu abondant.

Du côté du vagin, qui a été garni de gaze iodoformée ; rien à noter jusqu'au huitième jour. Ce jour, lendemain de l'élévation passagère de la température et le suivant, la malade expulse quelques gros caillots. On la soumet dès lors à des injections vaginales d'eau bouillie, renouvelées deux fois par jour ; l'eau du lavage sort rosée pendant cinq à six jours.

Les fils pendant à la vulve se détachent, soit d'eux-mêmes, soit à la suite de légères tractions, du 17 au 30 novembre.

Ceux de la plaie ont été enlevés le 17 novembre, réunion parfaite, sauf le trajet du drain.

La malade en très bon état est ramenée, le 30 novembre, du pavillon d'isolement à la salle commune. Elle commence à se lever. La petite ouverture résultant du passage du drain est

(1) La pièce avec figure et un résumé de l'observation a été présentée à la Société de chirurgie. Séance du 11 novembre 1896. *Bullet. de la Soc. de ch.*, p. 708.

occupée par une [illegible] et peut être considérée comme guérie.

Impatientée de rester [illegible], Mme M..., se sentant en état de sortir et prétextant des affaires de famille, fait signer sa pancarte par le [illegible], dans l'après-midi du 4 [illegible], et quitte l'hôpital sans prendre congé de nous.

Elle n'a pas été revue.

DES ÉLÉMENTS GLANDULAIRES DANS LES FIBRO-MYOMES DE L'UTÉRUS

(Par Félix Legueu, chirurgien des hôpitaux et [illegible] de Montréal).

Grâce à l'hystérectomie vaginale, nous avons entre les mains des tumeurs plus jeunes, plus rapprochées de leur début : certains détails qui échappaient dans des tumeurs à la fois plus volumineuses et plus anciennes, s'observent plus aisément, et la question de l'anatomie pathologique des fibro-myômes de l'utérus y a déjà gagné beaucoup et y gagnera encore.

Quand on étudie des coupes histologiques de fibromes utérins jeunes, de ceux surtout qui sont encore proches de la cavité utérine, il n'est pas rare de trouver au centre de la tumeur ou à sa périphérie des éléments épithéliaux inclus au milieu des fibres musculaires et du tissu conjonctif. L'aspect sous lequel ils se présentent varie : en général ils sont constitués par des tubes glandulaires, tapissés d'un épithélium cylindrique à une seule couche irrégulière.

Depuis quelque temps la présence de ces éléments épithéliaux a été signalée par plusieurs auteurs.

Hauser (1) trouva dans un myôme sous-séreux gros comme une noisette un groupe de glandes qui communiquaient entre elles ; elles étaient pourvues d'un épithélium cylindrique sans cils vibratiles. On les voyait surtout près de la périphérie de la tumeur. Hauser rappelle que Babrius, Diester-

---

(1) Hauser. *Münch. Med. Woch.*, 1893, nº 20.

weg, Schröder et Rüge ont déjà fait des constatations analogues.

De même Schottländer (1) constata dans un myôme sous-muqueux de petites cavités kystiques incluses au milieu du tissu myomateux. Elles étaient séparées de ce tissu par une couche de tissu conjonctif riche en cellules avec des noyaux colorés, et tapissées d'un épithélium cylindrique régulièrement disposé. Par place l'épithélium est cubique, ailleurs il manque complètement. Dans leur ensemble, ces cavités rappellent par leur forme tubulée, les glandes de la muqueuse utérine Ailleurs, il est vrai, elles perdent leurs caractères typiques.

Recklinghausen (2), dans un important travail analysé ici même sur les adénomyômes et les cystàdénomes de l'utérus, étudie les caractères de ces productions dans des tumeurs dont il fait une catégorie à part.

Sur plusieurs des fibromes que nous avons enlevés par l'hystérectomie vaginale nous avons fait de semblables constatations. Nous avons souvent trouvé dans l'épaisseur des parois de ces tumeurs fibro-myomateuses des ilots isolés d'éléments épithéliaux. Il nous est arrivé de trouver dans de petites tumeurs solitaires, développées dans le fond de l'utérus et au niveau des cornes utérines, des traces d'éléments épithéliaux absolument identiques à ceux de la muqueuse utérine. Nous les avons aussi retrouvés à une assez grande distance de la cavité utérine, et sur des points éloignés des conduits, normalement tapissés d'épithélium.

Tout en rapportant en détail l'examen histologique de nos préparations, nous voulons apporter notre contribution à l'histoire anatomique des myômes de l'utérus, et aborder plus spécialement la question discutée de l'*origine* et de la *transformation* des éléments glandulaires contenus dans ces tumeurs.

---

(1) SCHOTTLANDER. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, t. XXVIII, p. 320.
(2) *Ann. de gynéc.*, 1896, t. 46, p. 60.

I. — Origine des éléments glandulaires.

Relativement à l'origine de ces éléments, deux hypothèses ont été émises. Les uns admettent que ces éléments épithéliaux ne sont que les restes, les débris du corps de Wolf; les autres admettent qu'ils proviennent de la muqueuse enflammée.

La première théorie est défendue par Diesterweg, par Hauser : la seconde est soutenue par Schröder.

Hauser s'appuie pour éliminer l'hypothèse d'une inflammation de la muqueuse sur la situation sous-séreuse, et sur la distance qui séparait sa tumeur de la cavité utérine.

Pour Schottländer au contraire, ces glandes viendraient de la muqueuse utérine ; le développement du myôme irrite la muqueuse, et celle-ci, enflammée, envoie dans la tumeur des invaginations glandulaires. La prolifération glandulaire serait concomitante du développement de la tumeur. Et plus loin, d'ailleurs, il ajoute : « Nous ne serions pas éloigné de croire que l'inflammation de la muqueuse utérine doit être regardée comme le fait primitif de la formation du myôme. »

L'examen d'une des tumeurs que nous avons examinée, vient confirmer cette assertion de Schottländer : au sein d'une tumeur fibreuse, nous avons trouvé des éléments glandulaires, ayant les caractères des invaginations tubulaires de la muqueuse utérine. Celle-ci était d'ailleurs enflammée à la surface de la tumeur, et, en examinant la tumeur de la périphérie au centre, on suivait pour ainsi dire, toutes les phases de l'inflammation ; au dehors, les lésions étaient embryonnaires et récentes : au centre, elles étaient anciennes et parvenues au stade de la dégénérescence fibreuse.

Voici d'ailleurs le résumé de l'examen de cette pièce, qui a déjà été présentée à la Société anatomique (1).

---

(1) LEGUEU et MARIEN. Note sur le rôle de l'inflammation dans le développement d'une variété de fibro-myômes utérins. *Bull. de la Soc. anat.*, LXXIe année, 5e série, t. 10, 1896, p. 329.

« Dans le fond d'un utérus enlevé par l'hystérectomie vaginale, se trouvaient trois petits fibromes ayant chacun le volume d'une grosse noix. Développées dans la paroi utérine, ces tumeurs étaient superposées les unes au dessus des autres. Des tractus de tissu conjonctif les circonscrivaient en partie, les isolaient les unes des autres, et les séparaient des tissus voisins.

Une seule de ces tumeurs faisait saillie dans la cavité utérine. De forme ovoïde, elle était reliée à la paroi par un large pédicule.

Ces trois tumeurs étaient des fibro-myômes; mais au point de vue histologique, elles présentaient chacune des caractères particuliers sur lesquels nous devons insister.

La tumeur *le plus haut située* était développée au milieu du tissu musculaire normal de l'utérus : elle est constituée en majeure partie par des *éléments musculaires hypertrophiés.* Ces éléments sont disposés en faisceaux entrecroisés qui se présentent sous l'aspect de tourbillons. Quelques faisceaux de fibres conjonctives apparaissent par place pour diviser en lobes et en lobules les tourbillons musculaires.

La *seconde tumeur*, située au-dessous de la précédente, est elle aussi constituée par des éléments musculaires mais ceux-ci sont bien moins nombreux. Le tissu fibreux prédomine : les amas de fibres musculaires sont circonscrits par de larges bandes de tissu fibreux très dense et contenant peu d'éléments figurés. Les vaisseaux eux-mêmes présentent des lésions anciennes très accusées. Ils ont une paroi épaissie et sclérosée : leur calibre est sensiblement diminué, et ils ont même disparu par places, étouffés par du tissu fibreux.

La *troisième tumeur*, la tumeur sous-muqueuse, présente des particularités de structure plus intéressantes.

Dans les coupes qui portent sur la périphérie de la tumeur, on retrouve partout au pourtour de ce fibrome, sauf au niveau de son pédicule, une zone de prolifération irrégulière et sur certains points plus épaisse. Cette zone est essentiellement constituée par les éléments inflammatoires, qui se présentent sous l'aspect de trois types de cellules. Sur les points les plus périphériques de la zone de prolifération ce sont surtout des cellules rondes que l'on aperçoit ; elles ont un gros noyau, très avide de matières colorantes, peu de protoplasma et plusieurs sont en karyokinèse.

A mesure qu'on se rapproche du centre de la préparation, les cellules deviennent fusiformes, puis elles se transforment peu à peu en grandes cellules connectives et en cellules ramifiées.

D'autre part, au sein de cette prolifération d'éléments embryonnaires, on voit que l'épithélium très hypertrophié de la surface de la muqueuse utérine a proliféré à son tour. Ce revêtement

Fig. 1. — Adénome développé sous l'influence de l'inflammation dans un fibro-myôme de l'utérus.

Au centre, on voit des tubes glandulaires tapissés par de l'épithélium cylindrique (*a. g.*). Une zone d'infiltration embryonnaire les environne (*i. e.*) A la périphérie, on voit le tissu normal fibro-myôme (*i. f.*).

épithélial pénètre en certains points dans la profondeur pour former *des tubes glandulaires*.

Ces tubes ou culs-de-sac, tout en conservant une certaine symétrie, quant à leur forme et à leurs dimensions, forment parfois de longs boyaux, qui pénètrent jusqu'au centre de la tumeur. Ils sont tapissés d'une couche d'épithélium cylindrique.

Au milieu des éléments en train de proliférer, les vaisseaux

sanguins, très nombreux, sont constitués par des capillaires néoformés, qui ont pour paroi des cellules embryonnaires.

Comme sur les autres tumeurs, le centre de la coupe montre l'existence d'éléments fibro-musculaires, disposés en faisceaux entrecroisés. Les éléments musculaires peu nombreux se composent de grosses cellules musculaires lisses hypertrophiées. Elles sont aussi divisées en lobules par de larges travées de tissu fibreux ; mais ici l'élément inflammatoire l'emporte de beaucoup sur les autres.

En effet, des îlots de cellules inflammatoires apparaissent encore au sein du tissu fibreux bien organisé, que l'on trouve au centre de la coupe. Ils se présentent en certains points sous l'aspect de larges pointes effilées, qui, en les dissociant, s'avancent à une assez grande profondeur, à travers des faisceaux de tissu musculaire. Il existe donc encore à ce niveau une myosite interstitielle assez intense, en train d'évoluer dans le sens de la transformation fibroïde, cicatricielle, tout en provoquant une hypertrophie du tissu musculaire. »

Il est évident que sur cette pièce, et c'est au moins l'interprétation que nous formulons, les éléments glandulaires développés au sein de la tumeur proviennent de la muqueuse utérine, à laquelle ils sont encore reliés par places. Si, par le fait de son développement, la tumeur avait plus tard perdu contact avec la muqueuse, les éléments glandulaires auraient été entraînés avec elle; et, en les retrouvant un jour à une distance relativement éloignée de la muqueuse, on aurait été tenté de conclure à leur indépendance primitive de la muqueuse. Nous pensons donc que le plus souvent les éléments épithéliaux que l'on retrouve dans les fibromes viennent de la muqueuse, dont ils sont une dépendance.

A un autre point de vue, au point de vue du développement des fibromes, l'étude de cette pièce nous a amenés à une autre conclusion : c'est que le développement du fibrome a été la conséquence de l'inflammation de la muqueuse. Cette conclusion, d'ailleurs discutable, mérite d'être développée.

Dans les trois tumeurs, il y avait des traces manifestes d'inflammation, mais à un degré variable pour chacune

d'elles. La tumeur la plus interne, celle qui était en rapport avec la muqueuse enflammée, présentait le degré le plus accentué de l'inflammation, prolifération embryonnaire, prolifération de la muqueuse, hypertrophie des éléments musculaires et du tissu conjonctif. Sur les autres tumeurs, les lésions sont plus anciennes, et par conséquent plus avancées : elles sont constituées dans l'une des tumeurs par l'hypertrophie des fibres musculaires, et de larges travées de tissu fibreux ; on ne voit plus d'éléments embryonnaires.

On ne peut admettre une simple coïncidence entre l'inflammation de la métrite caractérisée par la prolifération inflammatoire, car la nature ou du moins la composition différente des trois tumeurs marque comme une étape avec l'inflammation simple et l'hypertrophie musculaire, qui constitue presque exclusivement la tumeur la plus éloignée.

On ne peut admettre non plus que le fibrome a provoqué la métrite, ce serait aller à l'encontre des lois les plus élémentaires de la pathologie générale.

Nous pensons donc que les fibromes, dans le cas qui nous occupe, se sont développés sous l'influence de l'inflammation, que la lésion première et initiale a été l'inflammation de la muqueuse, et que la lésion secondaire et consécutive a été la prolifération des éléments conjonctifs et musculaires, d'où est résulté le fibrome.

L'inflammation partie de la muqueuse s'est propagée au tissu sous-muqueux et y a déterminé la prolifération et l'hyperplasie des éléments musculaires et fibreux, qui le constituent : l'inflammation, en se propageant directement au tissu sous-muqueux, a amené la production de la tumeur sous-muqueuse ; le développement des autres tumeurs s'explique parce que l'inflammation s'est propagée de proche en proche, ou par l'intermédiaire des vaisseaux, suivant le mécanisme invoqué par Pilliet (1) pour certaines métrites parenchymateuses.

(1) PILLIET. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1896.

Dans tous les cas, la conclusion principale qui se dégage de ce fait c'est que le fibrome s'est développé sous l'influence d'une inflammation dont la muqueuse est le point de départ, et ce fait vient à l'appui de la théorie irritative et inflammatoire des tumeurs conjonctives.

II. — Évolution et transformation des éléments glandulaires.

Les éléments glandulaires inclus dans les fibro-myômes sont susceptibles de certaines transformations ; l'étude de ces transformations peut contribuer à élucider certains points discutés de l'anatomie pathologique des myômes de l'utérus.

D'abord ces éléments glandulaires *s'atrophient* souvent : la plupart sont étouffés par la prolifération qui constitue la tumeur. Et cette atrophie va jusqu'à la disparition complète, au point qu'on n'en constate plus aucun vestige. En effet, sur les tumeurs anciennes, dans celles qui, devenues sous-séreuses, se sont depuis longtemps déjà éloignées de la cavité utérine, les coupes histologiques ne démontrent plus aucune trace de ces éléments glandulaires qu'on retrouve au contraire presque toujours sur les tumeurs qui sont au voisinage de la cavité utérine.

Ils peuvent encore subir la transformation myxomateuse : mais plus souvent ils se transforment en kystes, ou dégénèrent en cancer.

a) **Évolution kystique.** — Sur l'utérus, au centre des myômes et quelquefois sans qu'il y ait de tumeurs fibreuses, on a décrit des kystes dont la pathogénie est restée obscure et discutée. Ces kystes sont presque toujours tapissés à leur surface interne d'un épithélium cylindrique.

Certains auteurs rattachent leur formation à l'évolution des restes du corps de Wolf : telle est l'opinion de Coblentz. De même Fischel en 1884 attribue la formation des kystes dans les myômes à la transformation des épithéliums provenant du corps de Wolf. Cette opinion est confirmée par

Klein, qui, le premier, en 1890 communiqua un cas de dégénérescence kystique des canaux de Wolf dans la partie utérine de leur trajet. Il s'agissait d'une enfant nouveau-née, chez laquelle se trouvaient deux vagins et deux utérus séparés par une mince cloison vaginale, nulle part interrompue. Dans la paroi droite de l'utérus se trouvait un canal tortueux que Klein regarde comme le canal de Wolf du côté droit avec dilatation kystique : il appuie son opinion sur le siège et le trajet du kyste, bien qu'au microscope il n'ait trouvé aucune trace d'épithélium de revêtement.

Recklinghausen attribue également la formation des kystes aux transformations de l'épithélium du corps de Wolf. Et d'ailleurs les recherches de Klein, de Recklinghausen sur les restes du corps de Wolf inclus dans le tissu utérin, ne laissent aucun doute sur la réalité de l'existence des vestiges du corps de Wolf au contact de l'utérus ou dans sa substance.

S'il est incontestable que dans certains cas de grands kystes de l'utérus ont une origine wolfienne, il en est cependant un certain nombre qui relèvent d'un autre processus ; ils résultent de la transformation des éléments glandulaires partis de la muqueuse utérine.

Löhlein en 1889 a présenté à la Société de gynécologie de Berlin un cas d'adénome du corps utérin avec formations kystiques multiples dans la paroi du corps. L'utérus était pénétré de petits espaces cavitaires du volume d'un pois ; les cavités kystiques furent considérées comme des produits glandulaires.

Schatz, de même, attribue à une transformation kystadénomateuse des glandes de l'utérus les kystes développés dans la paroi d'un fibro-adénome diffus des polypeux et de l'utérus, observé et examiné par lui.

Nous pensons que c'est à l'évolution des éléments épithéliaux contenus dans les myômes, éléments que nous avons vu venir de la muqueuse, que l'on doit attribuer la production des kystes à revêtements épithéliaux, que l'on trouve sou-

vent dans les myômes. Sur l'une de nos pièces, en effet, nous avons trouvé côte à côte des cavités kystiques et des éléments glandulaires disséminés, non encore transformés.

Dans le centre d'une tumeur fibro-myomateuse développée dans le fond de l'utérus, au niveau de la corne droite de cet organe, nous trouvons une cavité kystique, remplie d'un liquide

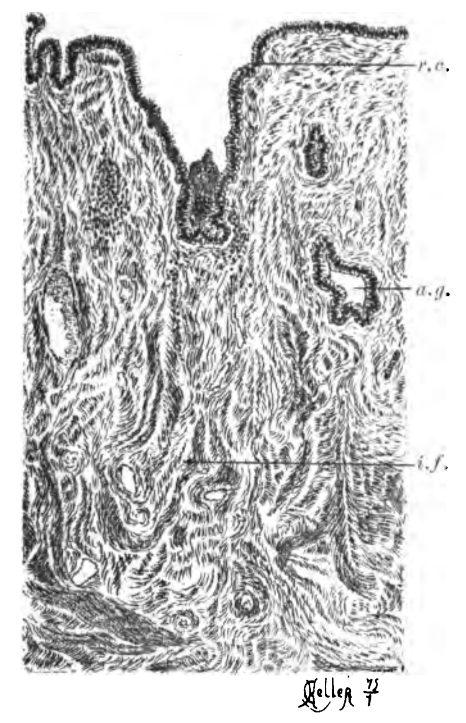


FIG. 2. — Fibro-myôme kystique de l'utérus.

En haut on voit la paroi du kyste tapissée par un épithélium cylindrique *(r.c.)*. Plus bas et à droite, un tube glandulaire est revêtu du même épithélium *(a.g.)*. *i.f.* fibro-myôme.

grisâtre et opaque. Cette cavité offre les dimensions d'un œuf de pigeon environ. Elle est assez régulièrement sphérique et ne semble pas communiquer avec les deux ou trois autres petites cavités glandulaires de peu de volume, qui existent dans le voisinage.

Sur des coupes comprenant à la fois une partie de la tumeur fibro-myomateuse et la moitié environ de la paroi de la cavité, nous voyons qu'il s'agit de formations glandulaires développées au milieu d'un fibro-myôme d'ailleurs régulièrement disposé.

Un revêtement épithélial formé de cellules cylindriques tapisse régulièrement la cavité kystique.

Ce revêtement s'enfonce par places dans le tissu sous-jacent pour former des tubes et des culs-de-sac glandulaires ; il repose sur un substratum qui se présente sous l'aspect d'une zone assez large composée d'éléments jeunes; cette rangée de cellules cylindriques se trouve ainsi séparée des tissus fibro-musculaires par une certaine épaisseur de cellules fusiformes et de cellules rondes en contact les unes avec les autres.

A mesure qu'on se rapproche des tissus fibro-myomateux, les cellules jeunes changent d'aspect et deviennent ramifiées Il est donc évident qu'il y a là aussi une prolifération cellulaire très active.

Sur des coupes faites au niveau des petites cavités glandulaires, l'on voit qu'elles offrent les mêmes caractères, et qu'elles sont constituées par les mêmes éléments.

b) **Transformation cancéreuse.** — Sur un autre fibrome, nous avons observé une dégénérescence cancéreuse des plus évidentes : la tumeur datait de longtemps, la transformation était récente. L'examen clinique nous avait fait supposer la malignité de la tumeur. L'examen histologique a confirmé nos prévisions.

Voici d'ailleurs la description de la tumeur :

Fibro-myôme avec îlots cancéreux. — Dans la paroi d'une volumineuse tumeur fibro-myomateuse, nous avons trouvé un certain nombre de petits territoires tout à fait distincts du reste de la tumeur. Déjà à l'œil nu nous pouvions nous rendre compte que ces amas diffus de tissu ramolli et friable étaient bien de nature cancéreuse ; ils se présentaient sous un aspect gris jaunâtre, étaient d'une consistance très friable et se désagrégeaient très facilement par le raclage.

Il est à remarquer que toute la masse de la tumeur, ayant atteint le poids de 1,800 grammes, présentait une série de trans-

formations surtout appréciables à la périphérie. Elle était de consistance dure comme de la pierre sur certains points, tandis que sur d'autres points elle était fibreuse et élastique ou molle et fluctuante.

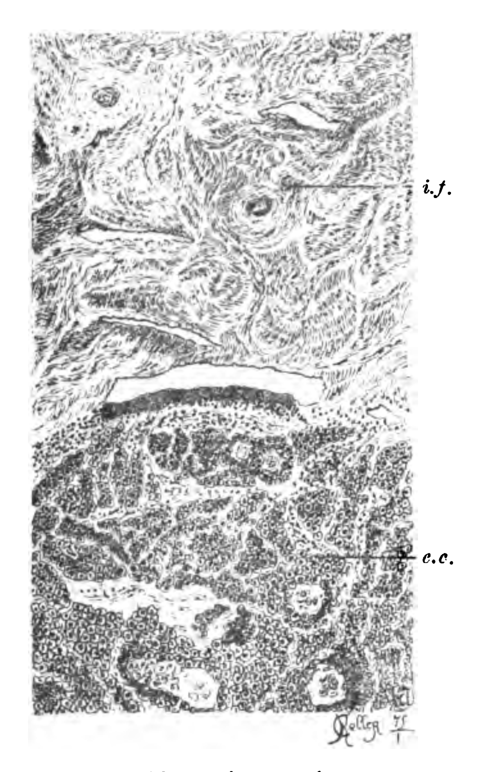


FIG. — 3. Fibro-myôme cancéreux.

En haut, on voit les îlots fibro-myomateux (*i.f.*). En bas, éléments cancéreux dissociant le tissu de la tumeur (*c. c.*).

En effet, à la coupe, l'on voit qu'elle est constituée par des tissus et des éléments divers.

A la périphérie, un certain nombre de blocs fibreux ont subi une série de transformations. Les uns sont devenus très durs, se sont rétractés et se sont transformés en substance calcaire. D'autres se sont ramollis, sont fluctuants et ont subi une dégénérescence myxomateuse ou mucoïde.

Le tissu fibreux qui forme la presque totalité de la tumeur offre une coloration blanchâtre nacrée ; il est très résistant et crie sous le couteau. Il y a toutefois au milieu de ces tissus très denses et très fermes des blocs d'une consistance moins dure. Ce sont des lobes d'éléments musculaires cloisonnés par des travées de tissu fibreux ou entourés d'une capsule fibro-conjonctive moins résistante, à travers laquelle cheminent de nombreux vaisseaux.

Dans la profondeur de la masse fibro-myomateuse, on trouve des îlots de tissus présentant des caractères cancéreux et qu'il est facile de distinguer du reste de la tumeur sur des coupes faites à ce niveau et passant à la fois à travers le tissu dur et résistant et le tissu mou et friable ; on constate à ce niveau les caractères microscopiques suivants :

Des travées de cellules épithéliales pénètrent dans les interstices fibro-conjonctifs circonvoisins et envahissent la tumeur fibro-myomateuse.

De longues travées larges de quatre à six cellules et plus s'enfoncent à une assez grande profondeur entre les faisceaux fibro-musculaires.

Le tissu conjonctif, qui entoure les vaisseaux, est aussi envahi par les cellules cancéreuses, mais celles-ci semblent respecter la paroi propre des vaisseaux qui sont intacts. Il semble qu'elles ont dissocié les travées conjonctives, en les refoulant pour pénétrer dans tous les interstices cellulaires qui constituent la capsule des petits blocs fibro-myomateux.

Si on examine les coupes au centre des îlots cancéreux, on voit que les cellules épithéliales, très variables quant à leur morphologie et à leur dimension, sont entassées les unes contre les autres ; elles remplissent des alvéoles dont les parois sont constituées par du tissu fibreux. Ce stroma se présente, soit sous l'apparence de larges travées de tissu fibreux homogène et très dense, soit sous l'aspect d'un fin réseau fibrillaire formé de cellules connectives.

Les cellules cancéreuses sont excessivement variables et semblent douées d'une prolifération excessive.

Les unes sont rondes et petites, les autres sont polymorphes et volumineuses ; elles varient de 1/100 à 6/100 de millimètre ; elles affectent différentes formes ; on voit par exemple, des

cellules en raquette, sphériques, prismatiques, des cellules en fuseau et d'autres étranglées en sablier. Quelques-unes renferment de deux à plusieurs noyaux et l'on voit des cellules géantes par exemple, qui contiennent un grand nombre de noyaux.

Toutes ces cellules se colorent très avidement par les réactifs ordinaires. Il est évident que l'on se trouve en présence d'un épithélioma d'une grande malignité dont la topographie répond au type des cancers décrits sous le nom de carcinomes.

Les observations de dégénérescence cancéreuse des myômes ne sont pas fréquentes. Klob, Rœhrig, Glaser et Coë en ont observé des exemples. Et l'on a discuté sur l'origine des éléments épithéliaux qui venaient se substituer aux éléments du fibrome. Nous pensons que c'est à une transformation évolutive des éléments glandulaires qu'il faut rattacher l'apparition de ce cancer sur une tumeur conjonctive; ils évoluent comme un parasite de la tumeur principale.

De ces quelques observations nous tirons les conclusions suivantes :

1° Les éléments glandulaires que l'on trouve dans les fibro-myômes de l'utérus viennent par prolifération de la muqueuse.

2° L'évolution de ces éléments glandulaires explique le développement des kystes à revêtement épithélial, que l'on observe dans ces tumeurs : elle explique aussi la question controversée de la transformation des fibromes en cancer.

LA PÉRIVAGINITE PHLEGMONEUSE DISSÉQUANTE (1)

Par **Weber.**

Je commencerai par relater l'observation qui a été le point de départ de ce travail.

Le 7 mai 1896 a été admise à l'hôpital Sainte-Marie-Magdelaine une nommée Karpoff, âgée de 35 ans, journalière, avec des sym-

---

(1) Traduit du russe par Mme Rechtsamer, Dr en médecine.

tômes d'un état typhique. Réglée à 14 ans, pour la première fois, les règles revenaient depuis régulièrement, durant 3 ou 4 jours, indolores.

Elle eut 3 accouchements à terme sans suites pathologiques, pas de fausses couches. Mariée depuis 15 ans, séparée de son mari depuis quelques années, elle n'a pas eu depuis longtemps de rapports sexuels.

La veille de son entrée à l'hôpital, elle a été prise de frissons, avec chaleur. Jusqu'à ce moment elle n'avait jamais été malade et n'avait jamais cessé de travailler.

Le diagnostic a été typhus abdominal, fièvre typhoïde. Température du soir 40°,5, langue sèche, ictère, diarrhée légère, délire. La rate est très peu augmentée. Il n'y a pas d'éruption.

Le 5e jour après son entrée, on constata un écoulement vaginal sanguinolent, qui a pris bientôt un caractère ichoreux.

Le 14, c'est-à-dire le 8e jour, dans la nuit, métrorrhagie abondante sans aucune cause. La sage-femme appelée a trouvé dans le vagin un corps gangréneux, mais ayant peur de l'extraire, elle a tamponné avec de la gaze l'entrée du vagin.

Le lendemain ce corps a été extrait avec des caillots sanguins, c'était le vagin et le col de l'utérus, gangrenés, présentant la forme d'un tube creux, dont la paroi antérieure était longue de 9,5 centim. et la paroi postérieure de 12 centim. : l'épaisseur de la paroi était inégale, tantôt très mince, transparente, tantôt présentant une épaisseur de 1 2 à 1 centim. L'orifice inférieur vulvaire de ce tube présente des bords déchiquetés et est beaucoup plus large que l'orifice supérieur qui est en forme de fente allongée. Les parois du tube sont très épaissies dans cet endroit et en imposent pour la lèvre antérieure et postérieure du col de l'utérus.

La surface intérieure du tube est unie et ce n'est qu'à la partie inférieure qu'elle présente une rangée de plis transversaux, correspondant aux columnæ rugarum : la surface extérieure est très inégale, en forme de franges.

Le tissu a conservé encore assez bien sa structure.

A l'examen microscopique il présentait toutes les parties constituantes des parois vaginales ; les parties inférieures du tube, près de l'anneau vulvaire, ont subi des modifications très prononcées ; dans la partie supérieure et épaissie du tube on a trouvé une masse de glandes présentant la structure caractéristique des

glandes du col utérin. L'épithélium de ces glandes a conservé sa disposition, les noyaux ne se coloraient plus et le protoplasma a été transformé en une masse grenue.

Ce jour même l'état de la malade s'est considérablement amélioré. L'état typhoïde a disparu, la température est devenue normale, le bas-ventre seulement un peu sensible.

Au toucher vaginal, immédiatement derrière l'anneau vulvaire, il reste encore une bordure étroite de muqueuse vaginale, friable et hyperhémiée, plus haut le vagin présente une plaie continue. Le toucher est douloureux; le doigt pénètre dans une vaste cavité à parois inégales et comme mangées. Dans la partie supérieure de cette cavité on ne trouve ni un col, qui paraît avoir été éliminé en totalité avec le vagin, ni utérus. La guérison se fit rapidement. L'écoulement ichoreux cessa et prit le caractère purulent. 4 jours après, le vagin présentait une plaie propre et granuleuse. De peur d'une obstruction complète du vagin, l'auteur pratiquait systématiquement le tamponnement. Mais malgré cela, dans l'espace de quinze jours, le vagin s'est transformé en un canal court, admettant à peine l'index. Trois semaines après l'élimination de la partie gangrenée, le vagin était recouvert d'épithélium; il s'est encore raccourci et admettait à peine les deux phalanges du doigt. La cavité avait une forme inégale, ses parois étaient rugueuses. A son extrémité on sentait une petite inégalité, que l'auteur a prise pour l'orifice faisant communiquer le vagin avec l'utérus; il croit ne pas s'être trompé, car bientôt les règles sont venues, elles ont duré quatre jours comme d'habitude, indolores; le 14 juillet, c'est-à-dire cinq semaines après son entrée à l'hôpital, la malade est sortie tout à fait bien portante.

A l'examen bactériologique des sécrétions vaginales, prises immédiatement après la sortie du morceau gangrené, l'auteur a trouvé une culture non pure de différents coccus, ne liquéfiant pas la gélatine. Quelques-uns avaient une tendance très marquée à se réunir en chaînettes courtes et, d'après leur développement dans des milieux nutritifs, pouvaient être rangés dans la catégorie des streptocoques pyogènes; pas de bacilles en général et pas de bacilles de Löffler en particulier dans la sécrétion vaginale.

La périvaginite phlegmoneuse disséquante est une affec-

tion assez rare, qui a été décrite pour la première fois par M. Markonette, privat docent de la faculté de Moscou, d'abord dans la *Gazette médicale de Moscou* en 1865 et ensuite dans le *Archives de Virchow*, t. 34. Dans ces dernières, il décrit deux cas, où la maladie s'est développée chez deux personnes jeunes, une jeune fille de 20 ans et une jeune femme mariée de 22 ans.

Dans les deux cas, les malades ont été admises avec des symptômes généraux graves; mais après l'élimination du vagin et du col utérin mortifiés elles se sont vite rétablies. Ainsi les deux cas ont fini par la guérison avec cicatrisation considérable de tout le vagin. Ensuite, il a paru dans la littérature toute une série de travaux sur ce sujet, dont la plupart étaient russes : Minkevitch (*Virchow's Arch.*, Bd. 41); Wigant (*St. Peters. med. Wochenschrift*, 1876); Syromiatnikov (*Vratch*, 1880), Tchernyschev (*Messager de médecine*, 1881, et *Centralblatt für Gynæcologie*, 1881) ; Dobbert (*St. Peters. med. Wochensch.*, 1890); Rhanoutine (*Gazette d'hôpital de Botkine*, 1891).

En Allemagne, cette affection est excessivement rare, puisqu'elle n'a été décrite qu'une seule fois par Bröse, qui dans la séance du 24 juillet 1892 de la *Société gynécologique de Berlin*, montra des préparations de périvaginite phlegmoneuse développée à la suite d'une congestion pulmonaire croupale. Il indiqua ce cas comme le seul décrit en Allemagne jusqu'alors.

Schröder n'a jamais vu cette affection et il l'a décrite dans son traité d'après les auteurs russes, Markonette et Minkevitch.

Dans les autres traités allemands de gynécologie, elle n'est pas mentionnée, du tout ou à peine. J'ai trouvé encore dans la littérature deux cas de Bizzozero (*Gazeta de la clin. Torino*, 1875, et *Annales de gynécologie*, 1875), un cas de Hermann, présenté à la *Société gynécologique de Londres* le 1er juillet 1887.

L'étiologie de cette affection est inconnue. Dans les

observations de Bröse et Bizzozero la périvaginite phlegmoneuse s'est développée à la suite d'une pneumonie chez des personnes jusqu'alors bien portantes.

Dans le cas de Dobbert elle s'est développée après une fièvre typhoïde, un abcès périvaginal s'est ouvert dans la cavité péritonéale, la malade est morte de péritonite et à l'autopsie on a trouvé dans l'intestin grêle les ulcérations caractéristiques de la fièvre typhoïde en voie de guérison.

Les autres malades avaient une température élevée, mais d'après la marche de la maladie on ne pouvait admettre le diagnostic de la fièvre typhoïde.

Il est plus probable, que les phénomènes généraux étaient dus à l'empoisonnement de l'organisme par le poison septique.

Dans tous les cas, décrits dans la littérature, l'examen bactériologique n'a pas été fait, mais d'après l'analogie et la gravité de la maladie, il est probable qu'il s'agissait également de streptocoque pyogène.

On peut se demander comment le streptocoque se trouve dans le tissu cellulaire périvaginal pour produire la périvaginite phlegmoneuse disséquante.

D'après les recherches de Dœderlein et d'autres auteurs le vagin des femmes bien portantes et non enceintes peut contenir des streptocoques.

Dans toutes les observations de périvaginite décrites dans la littérature, les femmes atteintes étaient jeunes, de classe inférieure et en pleine activité sexuelle. Dans le cas de Minkevitch, la femme était une prostituée. Il est possible que dans un coït violent et énergique, il se forme des fissures et des écorchures dans le vagin facilitant dans des conditions favorables et en l'absence de propreté, la pénétration des streptocoques dans la profondeur du tissu vaginal et la formation d'un processus phlegmoneux grave. Notre malade nie avoir eu des rapports pendant les derniers mois, mais avoue avoir pratiqué de temps en temps l'onanisme, pendant lequel des écorchures auraient pu se produire

et, en outre, la malade était excessivement malpropre.

Dans le cas de M. Syromatnikov, la maladie s'est déclarée à la suite d'une blennorrhagie aiguë. Certes les gonocoques ne peuvent produire une inflammation si diffuse, mais en rendant le tissu plus friable et en amenant des fissures, ils permettent aux streptocoques de pénétrer dans la profondeur.

La périvaginite phlegmoneuse disséquante, malgré la gravité des symptômes, finit assez rarement par la mort. Ainsi, de 12 cas, recueillis dans la littérature, 4 seulement se sont terminés par la mort.

Dans les deux cas mortels (MM. Minkevitch et Hermann) le phlegmon a gagné la vessie, et on a eu non seulement la gangrène du vagin, mais aussi la gangrène de la paroi postérieure de la vessie.

Dans les deux autres cas (Dobbert et Syromatnikow) les malades se trouvaient en voie de guérison et ont succombé à une péritonite purulente, par suite d'un abcès périvaginal qui s'est ouvert dans la cavité péritonéale, dont la cause, dans un de ces cas, était la tentative de tamponner le vagin.

Dans les autres cas, les malades se sont vite remises. Cette issue favorable s'explique par ce fait qu'après l'élimination des parties gangrenées, les écoulements vaginaux se faisant très facilement, la cavité vaginale est rapidement nettoyée et remise.

Dans tous les cas, terminés par la guérison, le vagin, quoique considérablement rétréci, restait encore tout de même assez perméable et les malades continuaient à avoir leurs règles sans aucune difficulté.

La fermeture complète du vagin n'a pas été notée une seule fois. Malheureusement, les observations n'ont pas été suivies pour savoir si les malades étaient capables, plus tard, pour le coït et l'accouchement. L'auteur s'est proposé de faire la transplantation de la muqueuse vaginale, prise chez une autre femme opérée pour un prolapsus d'après la

méthode de Mackenrodt, mais le recouvrement du vagin par l'épithélium se faisait si rapidement, qu'il n'a pu trouver un malade nécessaire. Dans le cas présent et dans quelques autres, le vagin n'était pas entièrement mortifié, mais il restait en arrière de l'anneau vulvaire une bordure peu large de muqueuse, qui faisait principalement les frais de l'épithélium tapissant toute la cavité vaginale.

REVUE CLINIQUE

VARICOCÈLE UTÉRO-OVARIEN

Par **Henri Herbet**, interne des hôpitaux (1).

La femme P..., âgée de 34 ans, entrée le 4 décembre 1896, hôpital Tenon, salle Richard Wallace, nº 7, service du Dr G. Marchant.

Le lundi 1er décembre, dans la soirée, cette femme fut prise assez brusquement de douleurs dans le ventre qui, siégeant d'abord du côté gauche, ne tardèrent pas à se généraliser à tout l'abdomen. Depuis ce moment, arrêt complet des gaz et des matières. Elle entre le jeudi 3 dans la soirée à l'hôpital Tenon. Syndrome complet de l'obstruction intestinale, ventre ballonné, vomissements fécaloïdes, pouls petit, rapide, température 37°. L'état général est encore assez bon. La malade répond bien aux questions qu'on lui pose et on apprend qu'il y a quatre ans, elle a déjà été soignée à l'hôpital Tenon pour une péritonite qui semble avoir été causée par une poussée de salpingite gauche.

Cette femme a eu deux enfants.

On ne trouve rien au niveau des orifices herniaires ordinaires ; le toucher vaginal est difficile ; l'utérus est un peu abaissé.

Le lendemain matin, laparotomie. Éther.

Longue incision sous-ombilicale. Comme on avait constaté une légère submatité à droite, on va voir tout d'abord de ce côté ; on ne trouve rien; l'appendice est sain.

---

(1) Pièces présentées à la *Société anatomique*, le 18 décembre 1896.

Du côté gauche on trouve des brides fibreuses qui doivent être la cause de l'étranglement. De la région des annexes part une première bride qui va, d'autre part, s'attacher sur une anse d'intestin grêle et qui, dans son trajet, croise perpendiculairement une autre anse de grêle qu'elle étrangle. Dès qu'on a sectionné la bride, l'intestin reprend à peu près son calibre normal.

Une seconde bride partait du même point que la première; mais au lieu de croiser l'anse étranglée, elle s'y attachait dans un point voisin du lieu de l'étranglement, et sur une largeur de 2 centim. à 2 centim. 1/2.

On sectionne cette deuxième bride et on place une petite suture à la soie sur la face intestinale qui saigne un peu.

FIG. 1. — Moitié de la poche enlevée pendant l'opération. Le gros vaisseau béant représente probablement la veine utéro-ovarienne.

Les annexes du côté gauche présentent un aspect bien particulier; elles sont recouvertes d'un plexus variqueux très développé qui semble se continuer avec l'épiploon adhérent au fond de l'utérus.

La circulation est considérablement augmentée dans cet épiploon; les veines y sont volumineuses; quelques-unes ont le calibre d'une plume d'oie.

On résèque une partie de l'épiploon; on extirpe également les annexes en faisant un pédicule du côté de l'utérus d'une part, en plaçant une seconde ligature sur les veines qui se prolongent du côté de la paroi externe du bassin, d'autre part.

Les deux feuillets du ligament large dans l'espace compris entre les deux ligatures, sont suturés avec quelques fils de soie.

Les annexes du côté droit paraissent en bon état. On met un drainage à la Mickulicz.

La trompe et l'ovaire enlevés paraissent sains. Au-dessous de la partie interne de la trompe se trouve une poche ou plutôt une moitié de poche qui ressemble à un sac anévrysmal, à en juger par la consistance de ses parois. Un gros vaisseau du calibre d'une plume d'oie, restant béant à la coupe, vient s'y jeter à sa partie externe.

Au moment de l'extirpation des annexes, le fil du pédicule a été placé sur cette poche qui s'est trouvée sectionnée par le milieu.

De cette poche partent de nombreux petits vaisseaux qui vont vers l'ovaire ; du gros tronc béant part un autre petit vaisseau qui suit le bord inférieur de la trompe, ayant le trajet de l'artère tubaire interne.

Dans la journée, la malade semble un peu faible ; elle est pâle, jaune, le pouls est petit, irrégulier, malgré une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel. On craint une hémorrhagie, bien que le Mickulicz soit à peine teinté. On enlève quelques points de suture pour regarder, mais tout est en bon état ; on referme immédiatement.

Injection intra-veineuse d'un litre de sérum.

Le pouls se relève immédiatement, la malade semble mieux aller.

Le 5, la maldade rend des gaz et quelque matières, elle ne vomit plus, mais le pouls reste petit, rapide, irrégulier, respiration rapide. Dans la soirée, la malade est anxieuse, presque anhélante : elle meurt brusquement vers 10 heures du soir.

Autopsie, le 2 décembre. — Pas de péritonite : on voit à 5 centim. du cæcum un léger rétrécissement annulaire de l'iléon. C'est là que devait siéger l'étranglement qui d'ailleurs a été bien levé, car les gaz et matières cheminent facilement au niveau de ce point rétréci. Le point où s'attachait la bride cause de l'étranglement était situé un peu plus loin sur l'iléon, à 50 centim environ du cæcum.

Les poumons sont fortement congestionnés dans leurs 2/3 inférieurs. Les autres organes sont sains.

Nous avons enlevé l'utérus et ses annexes et la dissection nous a montré que la poche sectionnée n'est pas un anévrysme comme

on pouvait le croire de prime abord, mais un carrefour où viennent aboutir des veines extrêmement dilatées venues de l'utérus et de l'ovaire.

Du côté de l'ovaire (gauche) les nombreux paquets veineux

FIG. 2. — *V. u.* veine utérine. — *A. u.* artère utérine — *V. u. o.* veine utéro-ovarienne. — *U r.* uretère.

situés dans l'aileron de la trompe se résument en deux troncs qui ont presque le volume d'une humérale.

Le long du corps de l'utérus, les veines sont énormes ; elles s'intriquent les unes dans les autres, formant un plexus très difficile à disséquer, à cause du tissu cellulaire résistant qui les fait adhérer entre elles.

En bas, ces veines s'unissent aux veines du col pour former deux gros troncs qui suivent l'artère utérine.

En haut, elles se jettent dans cette espèce de poche dont nous avons parlé et qui a le volume d'une assez grosse noix.

L'examen histologique de la paroi de cette poche a montré qu'elle avait bien la structure d'une veine. Les vaisseaux veineux dans le voisinage du fond de l'utérus portent des traces d'inflammation ancienne.

Du côté droit, les veines sont aussi très développées, moins cependant que du côté gauche. Elles ne forment pas de rendez-vous veineux près de la corne utérine. La trompe et l'ovaire sont sains.

RÉFLEXIONS. — Le varicocèle pelvien n'est pas très rare, mais il est rarement aussi développé que dans le cas que nous présentons.

Jamais on n'a signalé la présence d'une poche veineuse à parois résistantes, comme celle que nous avons rencontrée. Le varicocèle avec épaississement des parois est rare, d'après Coë.

Quant à la cause, faut-il avec Coë regarder les adhérences voisines, qui dans ce cas particulier avaient causé l'étranglement, comme ayant entravé la circulation ? Nous ne le pensons pas, car les annexes, avons-nous dit, ne présentaient aucune lésion.

Nous préférons admettre l'hypothèse d'une ancienne phlébite utérine qui, prédominant à gauche, aurait été prise autrefois pour une salpingite et aurait causé elle-même la formation d'adhérences.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Du traitement de la rétroversion de l'utérus par le raccourcissement des ligaments larges, d'après Kocks (de Bonn) (1).

Ce nouveau procédé opératoire dérive des idées spéciales à l'auteur sur la statique des organes pelviens, et en particulier de

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 32, p. 825.

l'utérus, idées qu'il a développées dans son travail « Die Lagerung und die Mechanik des Uterus in Becken ». Contrairement à l'opinion de Schultze et de beaucoup d'autres gynécologues, il croit que ce ne sont pas les ligaments utéro-sacrés,mais bien les ligaments larges, et particulièrement la base des ligaments larges (*ligamenta cardinalia*), qui fixent la matrice dans son antéversion normale. Partant de cette idée, voici comment il critique les multiples procédés d'hystéropexie, directe ou indirecte : « On a, dit-il, dans ces dernières années, traité, chirurgicalement, les rétroversions et rétroflexions contre lesquelles pessaires, leviers, avaient échoué. On a de même entrepris la cure des rétroflexions et rétroversions adhérentes, en détruisant d'abord les adhérences, puis en s'efforçant de fixer l'utérus en antéversion par un des divers procédés chirurgicaux imaginés. Or, à mon avis, *dans aucune de ces méthodes, on n'arrive à restaurer des conditions normales. Ce qu'on produit, ce sont des adhérences pathologiques et des raccourcissements pathologiques des ligaments.* Les ligaments ronds doivent laisser l'utérus se mobiliser en arrière autant que le fonctionnement de la vessie l'exige ; or, ce déplacement est temporairement empêché du fait de leur raccourcissement. Et, du moment où ils le permettent de nouveau, la rétrodéviation se reproduit. Ces mêmes remarques s'appliquent aux ligaments utéro-sacrés qui, dans les cas de réplétion du rectum, doivent permettre le déplacement en avant de la portion vaginale du col, etc. Toutes les autres méthodes présentent semblables défectuosités.

A mon avis, *pour obtenir une guérison radicale des rétrodéviations, il ne s'agit pas de fixer soit le fond de l'utérus en avant, soit la portion vaginale du col en arrière. La condition capitale, indispensable, c'est d'agir sur le plancher périnéal sur lequel repose la matrice et qui la soutient.*

J'ai démontré que les parties du plancher périnéal qui constituent la base des ligaments larges sont des cordons puissants, qui des parois latérales du bassin vont vers la portion vaginale du col et qui, à droite comme à gauche, sous forme de ligaments solides, maintiennent l'utérus, et constituent l'axe autour duquel tourne cet organe. Ce sont ces ligaments (Angelbänder, Ligamenta cardinalia) qui soutiennent tout le corps périnéal et qui fournissent le point d'appui, le pivot de toute la mécanique utérine. »

Dès 1892 dejà, l'auteur émettait ces considérations sur la statique pelvienne. Puis, il en déduisit des applications pratiques : d'abord à un cas de prolapsus complet compliqué de rétroversion, puis à deux cas de rétrodéviation, et toujours avec des résultats très satisfaisants.

Technique opératoire. — Comme dans l'hystérectomie totale, on décolle la vessie jusqu'au péritoine. *Ce décollement de la vessie doit être continué à droite et à gauche au niveau des ligaments larges.* L'auteur souligne particulièrement ce point, et rappelle, au cours de son travail, que, depuis longtemps déjà, il a indiqué que la vessie adhère à ces ligaments, particularité anatomique importante, méconnue jusqu'alors, que tout au moins on n'avait pas mise suffisamment en relief, et dont, seulement dans ces derniers temps, Mackenrodt a parlé dans une des séances de la Société de gynécologie de Berlin. La vessie décollée, on la repousse en haut et l'on procède au placement des fils à suture, qui sont conduits à travers les ligaments larges, de dehors en dedans. Les figures 1, 2 et 3 mettent bien en évidence ce temps

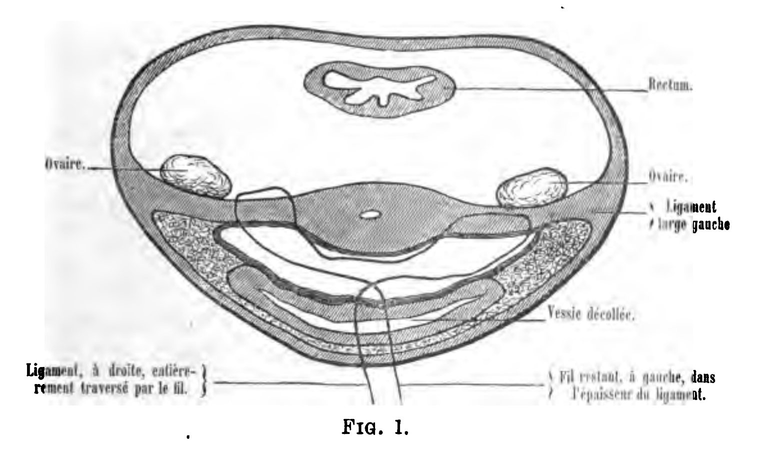


FIG. 1.

de l'opération. Les sutures rapprochées, les parties latérales des ligaments larges se trouvent ramenées vers le milieu de l'utérus, et les orifices d'entrée des fils sont reportés sur la ligne médiane. On voit sur la figure 1, que le fil ne prend pas, à gauche, tout le ligament, tandis qu'à droite il le traverse dans toute son épais-

seur. Les fils, une fois noués, forment une suture qui correspond au milieu de l'utérus, et les nœuds des fils sont en rangée verticale ou sagittale. Cela fait, on suture la vessie, transversalement, par des fils menés d'avant en arrière (fig. 3 et 4) et intéressant

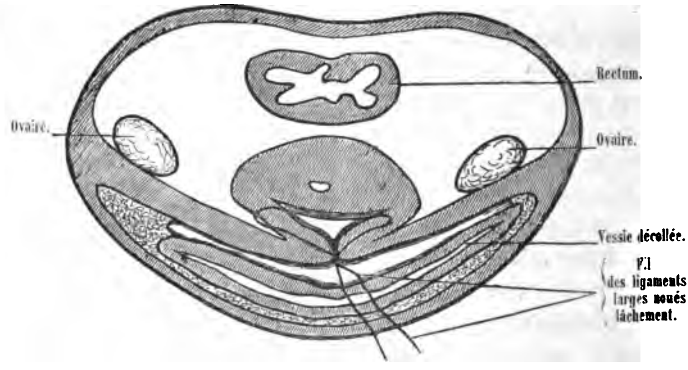


Fig. 2.

le bord le plus élevé de la surface de décollement. (Dans les cas de prolapsus avec hypertrophie, il faut 15-20 fils, dans ceux de prolapsus simple et de rétroversion, pas n'est besoin d'autant de

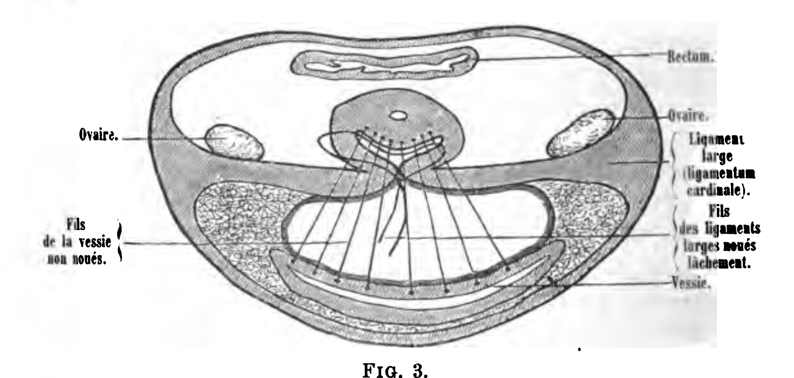


Fig. 3.

fils.) L'ensemble des fils, placés et noués, affecte une disposition en T, la branche inférieure et verticale correspondant à la suture des ligaments larges, la branche supérieure et horizontale à la suture de la vessie.

Grâce à cette opération, les ligaments larges, moyens de soutien du corps périnéal et de l'utérus, sont notablement raccourcis et solidement tendus, condition qui corrige les déviations et déplacements utérins dus à leur relâchement, et, d'autre part, la vessie est reportée en haut, ce qui supprime l'action qu'elle exerce habituellement de refouler l'utérus en arrière, condition également importante de succès définitif.

Tel est le nouveau procédé opératoire préconisé par l'auteur

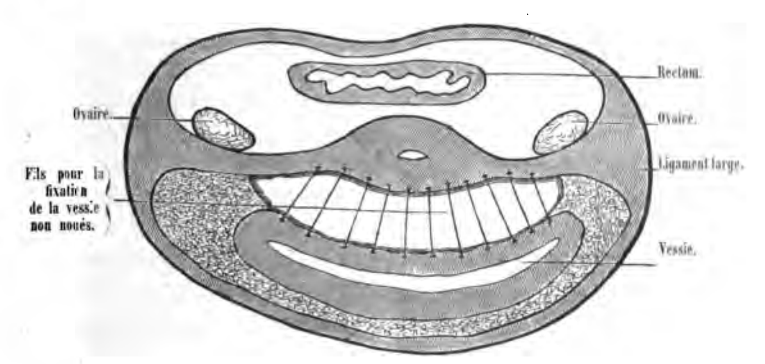


Fig. 4.

et en faveur duquel il résume trois observations dans lesquelles il en a obtenu de bons résultats. Toutefois, dans l'une d'elles, il observa la mortification de la lèvre antérieure du col, complication qu'il attribue à une tension trop grande des ligaments larges raccourcis, par suite d'une forte hypertrophie du col. Aussi, conseille-t-il, dans les cas d'hypertrophie du col, d'exciser une tranche de la portion vaginale et sus-vaginale de cet organe. Enfin, dans les cas de prolapsus, il serait prudent d'assurer l'efficacité de l'intervention en la complétant par une colporrhaphie.

R. Labusquière.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 14 *janvier* 1897.

Présentation : M. Maygrier : **Insertion du placenta sur une tumeur utérine, probablement de nature fibromateuse.** — Cette femme s'était présentée pour accoucher à Lariboisière; elle venait d'avoir une hémorrhagie très abondante qui l'avait profondément anémiée : Insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, enfant mort.

On traverse avec beaucoup de difficulté le placenta pour faire la version podalique ; il était en quelque sorte scléreux. La délivrance artificielle fut très difficile et le placenta extrait par lambeaux. La femme mourut dans le collapsus. A l'autopsie, on trouva au niveau du segment inférieur une tumeur ramollie, paraissant être un fibrome et sur laquelle s'insérait le placenta.

Discussion. — Doléris doute que l'examen histologique permette de déterminer la nature de la tumeur, car la grossesse; dans ces cas, cause de telles modifications des tissus que les meilleurs histologistes hésitent à se prononcer.

M. Tissier : **Fœtus de deux mois et demi présentant au niveau de la région ischiatique une perforation donnant issue à une anse d'intestin** ; cette perforation est traumatique et les commémoratifs ont permis d'établir qu'il s'agissait d'un avortement provoqué à l'aide d'une aiguille à tricoter.

M. Tissier : **Rupture sous-péritonéale de l'utérus** produite au cours de l'accouchement, l'enfant se présentant par l'épaule. A l'autopsie, ou trouva une déchirure partant du col et dans le ligament large un épanchement sanguin très abondant, remontant jusqu'au rein.

M. Porak fait remarquer combien, dans quelques cas, très rares, ces ruptures sont bénignes. Il cite deux observations où les malades ont guéri en leur faisant un tamponnement soigneux de

l'utérus avec de la gaze iodoformée. Il ne faut pas faire d'injections dans ces cas. Le diagnostic de la rupture est quelquefois difficile.

M. TISSIER : **Rupture utérine avec kystes hydatiques disséminés dans la cavité pelvienne.** Dix-huit ans avant, cette malade avait été soignée pour un kyste hydatique du foie. Au cours du travail, il se produisit une rupture utérine et à l'autopsie on put constater de nombreux kystes hydatiques disséminés autour de l'utérus, dans les ligaments larges, l'épiploon et la cavité abdominale.

M. PAUL PETIT : **Traitement du prolapsus génital chez la femme.** — L'auteur est toujours resté fidèle au rétablisement du jeu des deux valves vagino-périnéales, comme opération fondamentale, et au raccourcissement des ligaments ronds comme opération complémentaire. Il réserve cette dernière opération au cas de prolapsus avec rétroversion accentuée. Dans la majorité des cas, les opérations sur l'appareil de soutènement suffisent à la guérison du prolapsus. L'hystéropexie offre de multiples inconvénients ou dangers et peut toujours être remplacée par l'opération d'Alquié-Alexander. L'hystérectomie n'est admissible que dans les cas de prolapsus irréductible ou de complications telles que fibrome et cancer.

Discussion. — PICHEVIN reproche à l'opération d'Alexander de ne pas permettre de constater l'état des annexes ; il lui préfère le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds. DOLÉRIS est partisan convaincu de l'opération d'Alexander, c'est une opération physiologique et à l'heure actuelle il a des opérées de 12 ans qui sont restées en parfait état.

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE SAINT-PÉTERSBOURG (1).

V. A. VASTEN : **Grossesse tubaire interstitielle.** — Une femme, enceinte de trois mois, est apportée à l'hôpital avec tous les symptômes d'une hémorrhagie interne grave et les signes d'un épanchement dans les culs-de-sac. La laparotomie faite trente heures après

(1) Séance du 14 novembre. *Vratch*, 1896, n° 47.

le début des accidents, montre le sac fœtal rompu faisant corps avec l'utérus, de sorte qu'on enlève le tout à la fois. L'opérée guérit rapidement. Les pièces, présentées à la Société, sont constituées par l'utérus tapissé d'une caduque complète et le sac fœtal qui occupe l'angle droit de l'utérus à l'origine de la trompe; le sac fœtal est séparé de la cavité utérine par ses enveloppes et par la caduque utérine; de la partie inférieure du sac part la trompe de calibre normal.

V. G. Bekman présente des pièces provenant du service de M. Vasten : *a*) **une trompe gravide de six semaines, rompue**; son extrémité péritonéale est entr'ouverte comme s'il se préparait un avortement tubaire ; *b*) **une trompe gravide de deux mois, rompue en quatre points**; une seule des ouvertures doit être considérée comme une rupture; les trois autres sont des points où les villosités se sont développées à travers la paroi tubaire, les deux femmes ont été laparotomisées par l'orateur à cause des symptômes d'hémorrhagie interne ; *c*) **une trompe gravide de six mois, non rompue** ; la tumeur adhérait fortement au bassin ; *d*) des préparations microscopiques d'un **ulcère simple du vagin** chez une femme de 64 ans ; l'ulcère était plat, à bords nets, couvert de détritus jaunâtres; au microscope, la muqueuse vaginale est trouvée normale, les parois et le fond de l'ulcère pleins de petites cellules rondes et de tissu fibrillaire fin. Excision et suture. Toutes ces malades ont guéri.

A. Vat présente : 1° une **trompe gravide de six semaines, rompue**. Hémorrhagie interne grave; la malade est opérée par l'orateur dans le service de M. Vasten. Guérison. Les quatre cas de grossesses extra-utérines se sont présentés dans l'espace de quinze jours ; 2° deux grands **fibro-myômes utérins** enlevés par M. Vasten par la méthode mixte; dans un cas le fibro-myôme était en partie sarcomateux; l'autre remontait au delà de l'ombilic. Guérison.

Professeur K. Slaviansky fait observer qu'il faudrait, dans la description d'une grossesse extra-utérine, toujours mentionner le point d'attache du ligament rond afin d'éviter la confusion avec un utérus bicorne.

V. A. Vasten : **Opération césarienne répétée.** — La première

opération a été faite en 1894 pour bassin rachitique (diam. 6 centim.), l'enfant pesant 4,200 gr. La seconde césarienne est faite en septembre 1896, au troisième jour du travail à terme. L'incision suit à gauche la première cicatrice qui est à son extrémité inférieure seulement adhérente à l'utérus sur une étendue de 1 centimètre et demi. Cette adhérence fibreuse est sectionnée; sur le reste de l'étendue, la cicatrice est facilement détachée de l'épiploon qui lui adhère tout du long.

L'enfant est retiré vivant, pesant 3,900 gr. et la mère et l'enfant sont présentés à la Société.

M^me^ K. R. OULESCO-STROGANOFF communique un cas de **déciduome malin**; l'étude histologique montre (hystérectomie) que le néoplasme est constitué par des cellules du syncytium, des cellules de la couche de Langhans et de grandes cellules nucléées, dérivées de ces dernières. Il est évident que la tumeur est d'origine fœtale ; le nom de déciduome malin rend mal la nature du néoplasme, car il fait croire à son origine dans la caduque utérine.

Professeur D. O. OTT présente : 1° un **sarcome bilatéral des ovaires**; 2° un **kyste tubo-ovarien**; 3° un **grand fibro-myôme à dégénérescence maligne** enlevé chez une femme de 55 ans ; elle succomba six heures après l'opération fort difficile et une anesthésie chloroformique des plus inquiétantes. Le cœur a été trouvé gravement dégénéré. C'est l'unique décès depuis longtemps ; la première série des opérées de l'orateur avait donné 30 p. 100 de décès; la seconde, depuis la simplification de la technique opératoire, comptait 4 p. 100 de décès; la troisième, comprenant 99 cas, aucun décès. Depuis, il y a eu 30 nouvelles hystérectomies pour fibro-myômes sans décès; les fibromes pédiculés n'entrent pas dans la statistique ; 4° 12 **fibro-myômes** enlevés soit par morcellement, soit par la voie abdominale ; une de ces tumeurs, très grande, était rétro-cervicale, tout entière sous-péritonéale et d'une extraction difficile; la cavité fut tamponnée, le péritoine recousu par dessus le tampon dont les bouts passaient dans le vagin ; 5° 7 **utérus cancéreux.** L'auteur a employé douze fois la méthode de Doyen, mais il reste partisan des ligatures et des sutures qui sont plus sûres; les pinces peuvent donner lieu à des hémorrhagies secondaires et à des eschares.

Les avis des autres chirurgiens sont divisés sur cette question,

le professeur Slaviansky fait observer que les chirurgiens russes n'ont pas assez l'habitude des pinces pour juger de la méthode en connaissance de cause.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE SAINT-PÉTERSBOURG (1)

D. D. Popoff : **Fibro-myôme de la paroi antérieure du vagin.** — La malade, femme de 44 ans, se présente à la clinique du professeur Lebedeff, avec une tumeur datant de huit ans ; elle est fixée à la paroi antérieure du vagin par un large pédicule mobile avec la paroi ; son volume est celui d'une grande mandarine, sa surface lisse ; les organes génitaux internes sont normaux ; la tumeur est excisée et la plaie guérit par première intention ; l'examen histologique confirme le diagnostic de fibro-myôme, pauvre en vaisseaux sanguins, très riche en lymphatiques.

V. N. Orloff : **Diagnostic différentiel du chancre mou d'avec le cancer du vagin** (avec présentation de pièces en cire). — L'auteur cite une observation de cancer du vagin, une autre de chancre mou ; le diagnostic a été fait dans les deux cas à l'aide de l'examen microscopique ; dans le second cas, on croyait également à un cancer du vagin ; mais comme c'était histologiquement un granulome, on put éliminer plus facilement la tuberculose, de sorte qu'il ne resta plus que le chancre mou ou induré à discuter, car ce dernier perd ses caractères habituels sur la muqueuse vaginale ; plus tard, l'apparition d'autres chancres confirma le diagnostic de chancre mou.

K. S. Volovski : **Inoculation conjugale du cancer.** — Une femme est opérée d'un cancer du cul-de-sac postérieur du vagin, guérit et reste guérie depuis des années ; un an après l'opération, le mari de cette femme contracte un cancer du prépuce et succombe après l'opération. — V. A. File. Dans un cas de sa clientèle, un homme contracte également un cancer du prépuce de sa femme ; dans un autre cas un homme fut atteint d'un cancer de la face un mois après le décès de sa femme morte de cancer ; il avait l'habitude de manger les friandises qu'on lui portait à l'hôpital et auxquelles elle goûtait seulement.

(1) Séance du 4 novembre 1896. *Vratch*, p. 1414.

Professeur A. I. LEBEDEFF : **De l'étiologie du cancer.** — Une femme a été pendant des mois soignée d'une métrite par l'introduction de tampons iodo-iodurés; il survint enfin un ulcère du vagin, puis un cancer; après excision du cul-de-sac, le cancer disparut sans récidive.

V. A. FILE a vu un cancer se développer au point de pression d'un bandage inguinal appliqué d'ailleurs à tort non sur une hernie, mais sur un testicule en ectopie. — Professeur N. S. VÉLIMINOFF. Le traumatisme du sein est une cause de cancer dans 7 p. 100 à 8 p. 100 des cas. — R. F. SAKRJEVSKY. Le cancer se développe parfois à l'endroit d'une dent extraite. — V. A. FILE. Le cancer du sein est fréquent chez les couturières qui s'appuient sur leur sein en travaillant.

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE MOSCOU (1)

N.-J. POBIEDINSKY : Un cas d'**opération de Porro** avec issue favorable pour la mère et l'enfant. Primipare bossue; diamètre conjugué externe 15 centim.; diagonal 7 et demi, diamètre vrai 6 centim.; bassin irrégulier.

L'opération de Porro est faite au début du travail, l'enfant extrait sans symptômes d'asphyxie. Le moignon utérin est oblitéré; la paroi recousue sans drainage et la guérison se fait sans incidents.

L.-N. WARNECK présente quelques pièces : 1) un **utérus** enlevé par la méthode de Doyen chez une femme de 46 ans après deux ans de métrorrhagies rebelles à tout traitement; le tissu utérin est absolument farci de petit fibro-myômes interstitiels; 2) un grand **kyste dermoïde** de l'ovaire et un énorme hydrosalpynx; 3) un cas d'**avortement d'un fœtus mort** depuis quelque temps et retenu dans la cavité utérine; 4) un **utérus enlevé** par la méthode de Snéguireff-Altonhoff; l'orateur trouve cette méthode peu sûre, les points de repère donnés par l'auteur pour la recherche de l'artère utérine changeant considérablement de place lorsque l'organe est pathologiquement déformé.

J. S. KALABINE : **De la castration.** L'auteur rapporte l'observa-

(1) Séances du 9 février, du 27 septembre et du 18 octobre 1896. *Vratch*, nos 33, 42 et 45.

tion d'une femme de 34 ans, qui a subi l'ablation des annexes enflammées; six mois après la castration, les métrorrhagies, les douleurs abdominales étaient revenues aussi intenses et rebelles qu'avant, ne cédant nullement au traitement intra-utérin; l'utérus ne subit un involution marquée que six ans après l'opération, les métrorrhagies continuèrent durant huit ans. Par contre, le moral de l'opérée subit un changement rapide et funeste, elle devint triste, apathique, et ses facultés cérébrales s'affaiblirent d'une manière appréciable. L'auteur pense que la castration exige des indications précises et n'est permise qu'en cas de danger réel pour la vie de la malade.

A. N. RACHMANOFF : **13 cas d'anesthésie par le protoxyde d'azote pendant l'accouchement** par la méthode du Dr Klikovitch. — La durée de l'anesthésie a varié de 2 à 7 heures, en usant 180 à 700 litres de gaz ; il n'a pas été observé le moindre accident, pas de ralentissement du travail et les enfants sont tous venus bien portants. La base de cette méthode est de faire absorber un mélange de gaz et d'air sous une pression telle que la quantité de gaz inspiré soit égale à celle que l'on inspire quand le gaz est pur à la pression normale. Le mélange avec l'air rend le gaz inoffensif ; d'un autre côté ce mélange à la pression atmosphérique ne donne pas d'anesthésie d'où l'usage du mélange sous pression; la dépense est, à Moscou, de 180 francs environ pour une anesthésie de 12 heures.

Dr KLIKOVITCH : Les mensurations au tocodynamomètre ont prouvé que la force des contractions utérines n'est pas diminuée par les inhalations de gaz hilarant. Quant au prix il est fort variable et destiné à tomber énormément : 18 à 36 francs d'autant plus que l'usage judicieux diminue de beaucoup la quantité de gaz nécessaire.

C. D. TCHETCHOULINE : **Un cas de traumatisme intra-utérin.** — Une femme arrivée à la fin de la grossesse tombe, le bas du ventre portant contre un angle saillant, et perd connaissance ; le lendemain elle va bien, le surlendemain un accouchement normal met au monde un enfant bien portant qui porte une ecchymose au bord externe de l'omoplate gauche.

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE KIEFF

P. G. CHALICH présente une malade qui a subi la laparotomie pour **grossesse extra-utérine.** — La malade s'était présentée à l'hôpital dans un état tellement grave que la laparotomie fut faite avant tout diagnostic précis en présence d'une collection liquide et d'une tumeur dans le ventre à la fin d'une grossesse. On se trouva en présence d'un sac fœtal adhérent à la paroi abdominale, rompu, contenant du pus et des gaz et un fœtus putréfié, à terme ; il fut nettoyé, bourré de gaz, suturé à la paroi ; guérison. La malade avait eu au 5e mois de la grossesse des douleurs et une syncope ; à la fin du 9e le même accident se répéta mais la malade resta pendant un mois gravement souffrante et fiévreuse chez elle, avant de se présenter à l'hôpital. L'auteur pense qu'il y a eu dans ce cas, grossesse tubaire suivie d'un « avortement tubaire ».

A. L. ORLOWSKY présente des **cultures pures du gonocoque de Neisser.**

N. P. MARIANTCHIK montre **une môle vésiculeuse**, remarquable par sa petite dimension malgré une grossesse de 4 mois et un **placenta à insertion vicieuse du cordon.**

G. F. PISSEMSKY présente des préparations microscopiques des **trompes de Fallope** excisées au cours d'une laparotomie et qui avaient été liées 4 mois plus tôt au cours d'une première laparotomie ; la lumière de l'une des trompes est oblitérée, tandis que l'autre est parfaitement perméable. La ligature double avait été faite pour empêcher la grossesse, le bassin étant obstrué de tumeurs ; mais la grossesse survint quand même quatre mois plus tard, la ligature ne donne donc pas de sécurité absolue.

A ce propos le Dr Dolinsky rappelle que ses expériences ont montré que la perméabilité du canal pancréatique lié se rétablissait, qu'il peut en être de même des trompes ; le professeur Ott ajoute que l'excision partielle des trompes n'empêche pas le rétablissement de la continuité du conduit d'après les expériences de Ratchinsky.

---

(1) Séances d'avril, septembre et octobre 1896, in *Wratch*, 1896, n° 45 et page 1411.

Professeur G. E. Rein : **Revue de 500 laparotomies.** — Sur ce nombre il y a 333 ovariotomies et énucléations de kystes des ligaments larges avec une mortalité de 3,6 0/0; 73 myotomies avec 10,9 0/0 de décès; 33 salpingectomies et castrations avec 12,1 0/0 de décès; autres laparotomies au nombre de 39 avec 38,4 0/0 de décès; ces derniers comprennent 2 opérations de Freund, trois ovariotomies mixtes, une opération pour kyste hydatique, un abouchement des uretères dans le rectum, 5 laparotomies répétées. Le chiffre des décès a baissé notablement depuis l'existence de la nouvelle clinique.

L. L. Dochkivitck lit des notes prises par lui dans les services gynécologiques et obstétricaux de Paris ; il décrit en particulier la clinique Baudelocque, et la conduite à tenir dans les différentes causes de dystocie d'après l'enseignement du professeur Pinard.

Professeur E. G. Reïn : **Rapport sur les travaux du Congrès gynécologique de Genève.**

N. K. Neelow présente des préparations microscopiques d'un cas de **tuberculose de l'utérus.** — Les fragments de tissu examinés ont été obtenus par le curettage de l'utérus chez une femme de 65 ans atteinte d'un abondant écoulement jaune; ces fragments contiennent des foyers de dégénérescence avec des cellules géantes et des bacilles de la tuberculose. Tous les autres organes ont paru sains. — Le professeur Reïn fait observer que l'examen microscopique est fait à la clinique dans tous les cas de curettage, mais la tuberculose ne s'y est encore jamais rencontrée. Il se souvient d'une malade chez laquelle on avait porté le diagnostic de cancer : il y avait destruction du col, infiltration du tissu cellulaire du bassin, fistules vésicale et rectale; l'autopsie montra qu'il s'agissait de tuberculose. — T. D. Nedelsky connaît également un cas de tuberculose de l'utérus pris pour un cancer durant la vie.

V. B. Vichnepolski rapporte l'observation d'une **môle vésiculeuse** extraite au 7e mois de la grossesse; le volume de l'utérus répondait à cette époque et le poids des masses enlevées était de cinq livres.

Dr Galberchtat : **Septicémie puerpérale grave traitée avec succès par le sérum antistreptococcique.** — Le traitement fut com-

mencé lorsque la malade avait déjà des abcès multiples, une température de 42°, etc. ; l'examen bactériologique donna du streptocoque pur; elle reçut sept injections de 10 centim., se remit lentement en deux mois. — Le Dr Pissemsky rapporte également deux cas de ce traitement suivis de succès. L'un de ces cas paraissait absolument désespéré ; la malade reçut 4 injections de sérum alternativement anti-streptococcique et antistaphylococcique. Dès la première injection le pouls se releva et l'état général s'amenda quoique la température restât à 39° ; la guérison fut rapide. Le professeur Reïn cite également 2 cas favorables à ce traitement, mais il n'est pas permis de tirer de conclusions définitives du petit nombre d'observations que l'on possède actuellement.

Professeur Reïn montre un utérus enlevé au cours d'une **opération césarienne** ; les indications de l'opération étaient le placenta prævia, l'inertie utérine, l'endométrite et l'âge de la parturiente (47 ans) ; le volume de l'utérus répond à la 31e semaine de la grossesse.

Dr Nageotte-Wilbouchevitch.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de gynécologie, par S. Pozzi, 3e édition. Paris, 1897.

Nous avons dans ce journal parlé suffisamment du traité dont M. Pozzi nous donne aujourd'hui la troisième édition pour ne pas avoir à en faire l'éloge. L'épuisement rapide de ses éditions successives, le fait qu'il a été traduit dans presque toutes les langues suffisent à en montrer l'importance. La nouvelle édition diffère des précédentes par les modifications profondes apportées à certains chapitres : tels sont ceux relatifs à l'asepsie, au traitement des corps fibreux par les nouveaux procédés d'hystérectomie abdominale et vaginale, aux indications de ces dernières opérations dans les suppurations pelviennes, aux interventions récentes contre les rétro-déviations utérines, etc. Les kystes du corps jaune et ceux du ligament large, que l'auteur décrivait antérieurement avec les néoplasmes sont aujourd'hui rapprochés par lui des ovarites ; on trouve, dans cette nouvelle édition,

quelques procédés opératoires non décrits dans les éditions précédentes : l'évidement commissural du col, un procédé nouveau d'Emmet pour la périnéorrhaphie, etc. Si nous ajoutons qu'un grand nombre de figures ont été remplacées, que de nouvelles ont été ajoutées, nous aurons montré qu'il ne s'agit pas simplement d'une réimpression, mais d'un livre réellement nouveau qui fait grand honneur à son auteur.

Traitement de l'avortement incomplet. — D[rs] CHALEIX-VIVIE et AUDEBERT (Masson, 1896). Le premier chapitre de cette intéressante et instructive monographie est consacrée à l'étude du *diagnostic de l'avortement incomplet*, diagnostic souvent entouré de grosses difficultés. Les auteurs passent soigneusement en revue toutes les circonstances de nature à permettre au praticien d'édifier ce diagnostic (caractère du col et de l'utérus, défaut d'involution, utilité mais non sûreté du cathétérisme, curettage explorateur, etc.). Les auteurs font, avec raison, observer que dans le cas de délivrances spontanées, il ne faut pas omettre d'examiner très soigneusement l'arrière-faix et de bien s'assurer de son intégrité. Car la rétention de fragments placentaires *in utero* peut être l'occasion d'accidents graves, d'hémorrhagie ou de septicémie. Des observations multiples mettent bien en lumière les principales difficultés du diagnostic aussi bien que les moyens à l'aide desquels les auteurs parvinrent à les surmonter. Ils citent, en particulier, un fait intéressant dans lequel la persistance de vomissements incoercibles permit d'affirmer que l'avortement était incomplet, et, de ce diagnostic, de déduire la thérapeutique qui sauva la malade. Ils insistent aussi sur les données très importantes que fournit le thermomètre dans ces cas.

Dans le second chapitre, ils s'occupent de « *la conduite à tenir en dehors de tout accident* ». Et leur opinion à ce sujet est que, dans la pratique ordinaire, *il ne faut pas quitter la femme sans l'avoir mise, sûrement, à l'abri des accidents qu'implique tout avortement incomplet*, et dont le premier à craindre est l'hémorrhagie : favoriser s'il est besoin l'expulsion du délivre en sollicitant les contractions utérines (injections vaginales et utérines chaudes) ; si des touchers suspects ont été pratiqués, employer des solutions antiseptiques, le sublimé dans la proportion de 0,20 centigrammes pour un litre d'eau avec la précaution de faire

suivre l'injection hydrargyrique d'une injection avec de l'eau bouillie ou faiblement phéniquée; rétablir, le cas échéant, la perméabilité du canal cervical pour procéder à ces injections. Quand on n'a pu obtenir l'évacuation de l'utérus, procéder au *tamponnement utérin* ou mieux *utéro-vaginal*, dont la technique est minutieusement décrite. Enfin, si le tamponnement utérin n'a pas amené l'expulsion du placenta, faire le curettage : a) *digital* ou b) *instrumental*, celui auquel les auteurs donnent la préférence.

L'objet du chapitre III est l'examen « *de la conduite à tenir dans les hémorrhagies par rétention placentaire* ». Au jugement des auteurs, jugement formé sur l'observation des faits cliniques, « le but du traitement est la suppression immédiate et définitive de l'hémorrhagie. La seule thérapeutique efficace est celle qui s'inspire de la pathogénie et poursuit uniquement l'évacuation de l'utérus ».

Injections vaginales et utérines chaudes, utiles quelquefois mais le plus souvent insuffisantes ; injections coagulantes, ergot de seigle, crayons de chlorure de zinc à proscrire ; tamponnement vaginal, *très bien fait*, efficace en certains cas. Le curage digital, quand les conditions de l'intervention sont particulièrement favorables, constitue alors un excellent moyen d'hémostase. Mais il reste souvent incomplet. Aussi, *le curettage instrumental* reste-t-il le traitement héroïque de l'hémorrhagie placentaire ; mais il exige une expérience chirurgicale réelle, à défaut de laquelle, il est plus sage de recourir au *tamponnement utérin*. A la fin de ce chapitre, les auteurs insistent sur les soins que réclame toute femme qui vient de perdre beaucoup de sang, et décrivent, en particulier, soigneusement la technique des injections sous cutanées. Les chapitres IV et V sont consacrés à l'*infection* et à la technique du curettage, laquelle est l'objet d'une très minutieuse description. Suivent de nombreuses observations.

En résumé, dans un travail basé sur un nombre très respectable d'observations personnelles, MM. Chaleix-Vivie et Audebert se montrent partisans résolus de l'intervention, et d'une intervention active, dont le moyen, dans la plupart des cas, à *condition que la main soit pourtant suffisamment expérimentée*, est le curettage instrumental. Cette œuvre, très documentée, très personnelle, est pleine d'enseignements pour le praticien.

R. LABUSQUIÈRE.

Le gonocoque, par le Dr MARCEL SÉE, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le gonocoque a été dans ces dernières années l'objet d'un grand nombre de recherches éparses dans des publications diverses, la plupart en langues étrangères. L'auteur a entrepris de les réunir après en avoir contrôlé une partie. Ses expériences personnelles ont porté principalement sur les méthodes de culture et l'ont conduit à la découverte d'un certain nombre de faits nouveaux.

Ce travail est divisé en deux parties. Dans la première : *étude expérimentale*, M. Sée traite de la morphologie et de la biologie du gonocoque, résultant des examens microscopiques, des cultures et des inoculations ; dans la seconde : *étude clinique*, il passe en revue les différentes affections auxquelles on a pu assigner pour cause ce microbe : uréthrite blennorrhagique et ses complications, blennorrhagie des organes génito-urinaires de la femme, blennorrhagie inoculée hors des organes génitaux, métastases gonorrhéiques, infection blennorrhagique généralisée, biologie du gonocoque dans l'organisme et son diagnostic.

Les dents à la naissance (Congenital teeth, with three illustrative cases), par J. W. BALLANTYNE. Edinburgh, 1896.

Curettage de l'utérus ; histoire, indication et technique (Curettage of the uterus ; history, indications and technique), par J. W. BALLANTYNE. Edinburgh, 1896.

Quand et comment doit-on curetter l'utérus ? (When and how to curette the uterus), par CHRISTOPHER MARTIN. Birmingham, 1895.

Hystérectomie totale (On pan-hysterectomy, or total extirpation of the uterus by abdominal section), par CHRISTOPHER MARTIN. Edinburgh, 1896.

Comptes rendus de l'hôpital presbytérien de New-York (Medical and surgical report of the Presbyterian Hospital in the city of New-York, 1896).

Bien édité comme la plupart des publications américaines, ce volume de comptes rendus contient un certain nombre de travaux

intéressants pour le gynécologiste : 14 cas de grossesse extra-utérine par Andrew J. M. C. Cosh, 1 kyste intra-ligamentaire, par E. Eliot, 1 observation de déciduome malin, par H. Schultze.

Maladies des trompes et grossesse tubaire (Clinical illustrations of the diseases of the Fallopian tubes and of tubal gestation), par CHARLES J. CULLINWORTH, 2e édition. London, 1896.

Il ne s'agit pas ici de considérations sur la pathologie des trompes, encore moins d'un traité proprement dit. L'intérêt de cet ouvrage consiste en ce qu'il s'agit de la reproduction, souvent en couleurs, d'une série de pièces provenant de la pratique de Cullinworth. Chaque dessin est accompagné de l'observation clinique et de la description anatomo-pathologique correspondante. Les dessins sont beaux et bien reproduits, même ceux en couleur. Aussi comprend-on que cet ouvrage, utile aux gynécologues par les documents qu'il contient, soit rapidement arrivé à sa seconde édition.

Le traitement opératoire des rétro-déviations utérines (Die operative Behandlung der Retroversio, Flexio uteri), par OTTO KÜSTNER. *Sammlung klinischer Vorträge*, no 171, 1896.

Le numéro des *Sammlung* contient *in extenso* la communication faite par Küstner au Congrès international de Genève dont nous avons antérieurement rendu compte (*Annales*, septembre 1896).

Ablation de tumeurs pelviennes suppurées (The removal of suppurating pelvic tumours), par ALBAN DORAN. Londres 1897.

L'auteur insiste sur la nécessité du drainage dans les cas où les lésions inflammatoires s'étendent dans l'épaisseur des ligaments au delà des ligatures.

L'inversion utérine polypeuse (Contributo alla storia delle universioni uterine polipose), par CARLO FERRARENI. Rome, 1896.

Observations relatives au choix de la voie abdominale dans certains cas d'extirpation d'organes pelviens, par GASTON HARDY. Liège, 1896.

NÉCROLOGIE

Spencer Wells.

Le 31 janvier dernier s'est éteint, au cap d'Antibes, un des représentants les plus célèbres de la gynécologie anglaise, Spencer Wells. Né en 1818, Spencer Wells commença par être chirurgien de marine durant une période de six ans. En 1848, il vint à Paris où il séjourna deux ans pour augmenter ses connaissances en pathologie. C'est en 1853 seulement, qu'il commença à s'adonner à l'obstétrique, à Londres. En 1854, il était nommé chirurgien du *Samaritan Free Hospital*, qui venait alors d'être fondé et qui n'était guère alors qu'un dispensaire pour le traitement externe des maladies des femmes et des enfants. C'est à la même époque qu'il vit pour la première fois pratiquer l'ovariotomie ; il aidait dans une opération, Baker Brown, qui la faisait pour la huitième fois. La malade mourut. Peu encouragé par le résultat, Spencer Wells ne fit sa première ovariotomie qu'en 1857; il perdit de même son opérée. Sans se décourager, il pratiqua en 1858, une deuxième ovariotomie qui fut suivie de succès. Puis il repartit en Asie-Mineure. Après un séjour de quelques années à l'hôpital anglais de Smyrne, il revint à Samaritan Hospital, où il continua sa longue série d'ovariotomies, faisant, en juin 1880, sa millième opération. Il avait déjà quitté Samaritan Hospital en 1878. Malgré ses nombreux succès opératoires, Spencer Wells était un chirurgien conservateur dans le cas de lésions inflammatoires des annexes. On le vit bien, lorsqu'en 1891, il vint à notre Congrès français de chirurgie combattre son compatriote, L. Tait, et prôner l'abstention dans un grand nombre de cas.

Son œuvre capitale est : *Diseases of the ovaries, their diagnostic and treatment*, publié en 1865.

Le Gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1897

TRAVAUX ORIGINAUX

FISTULE VÉSICO-VAGINALE COMPLIQUÉE D'OBLITÉRATION CICATRICIELLE DE L'ORIFICE VÉSICAL DE L'URÈTHRE. GUÉRISON (1)

Par M. **Paul Berger**,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine.

Je crois utile de faire connaître le cas suivant que j'ai eu à traiter et dans lequel j'ai pu obtenir un succès sur lequel je ne comptais guère. C'est en effet un exemple heureusement rare d'une complication assez embarrassante des fistules vésico-vaginales : l'on verra que, même en présence de lésions très complexes, on ne doit pas désespérer d'obtenir une guérison complète et le retour à un état fonctionnel tout à fait satisfaisant. Je saisis cette occasion également pour revenir sur quelques points du traitement des fistules vésico-vaginales, sur certains actes de première importance qui semblent, bien à tort, tomber dans l'oubli, que la plupart des auteurs qui ont traité de la matière dans ces derniers temps passent tout à fait sous silence et auxquels revient peut-être la part la plus considérable du succès dans les cas difficiles.

OBSERVATION. — La femme M... m'a été adressée à l'hôpital Lariboisière, le 13 novembre 1894, comme atteinte de fistule vé-

(1) Communication à la *Société de chirurgie*.

sico-vaginale. Elle est âgée de 34 ans, vigoureuse, de bonne apparence; elle se présente, en effet, toute inondée d'urine, avec un érythème assez intense de la face interne des cuisses et des parties génitales externes, qui ne présentent pas de déformation apparente.

Le toucher fait reconnaître un vagin spacieux, assez souple, sur la face antérieure duquel on sent une très large perforation, à contours cicatriciels, entourés de quelques brides fibreuses s'étendant aux parties latérales. Cet orifice laisse aisément passer deux doigts dans la vessie. Il est séparé de la lèvre antérieure du col par une étendue de 1 centimètre au moins; à ce uiveau, la paroi vaginale paraît normale.

L'introduction d'une valve, la malade étant couchée sur le côté gauche, découvre sur la face antérieure du vagin cette perte de substance au travers de laquelle la paroi vésicale antérieure fait largement prolapsus. La perforation mesure environ 8 centimètres de diamètre vertical sur 4 de diamètre transversal; ses bords sont nettement cicatriciels, mais la transformation cicatricielle ne s'étend pas autour d'eux dans une étendue de plus de quelques millimètres; au delà, les parois vaginales présentent leur aspect normal et la muqueuse est souple et mobile. Après avoir réduit le prolapsus de la vessie et l'avoir maintenu avec une éponge; on constate néanmoins que la perforation présente une béance permanente et que les tractions modérées ne permettent pas d'amener au contact ses bords opposés.

Le méat urinaire est normal, mais une sonde introduite dans l'urèthre est arrêtée au niveau de la jonction du canal avec la vessie. En insistant un peu, on voit, par la perforation, l'extrémité de la sonde qui fait saillir la muqueuse vésicale dans l'intérieur de la vessie à un peu moins de 1 centimètre du bord inférieur de la fistule. Les stylets les plus fins introduits dans le canal ne peuvent trouver de passage ; l'inspection directe de la surface interne de la vessie à ce niveau démontre qu'il y a une oblitération complète de l'orifice vésical de l'urèthre, due évidemment à une destruction du col de la vessie.

Inutile de dire que la fistule donne passage à la totalité des urines. Celles-ci sont normales et les reins ne sont nullement altérés. La santé générale est excellente.

L'origine de cette lésion remonte à quelques mois ; le 23 juin

de la même année, la malade accouchait de son septième enfant. Tout ce que nous savons, c'est qu'elle était restée vingt-trois heures en travail; qu'elle fut ensuite plusieurs jours dans un état grave, et que, dès qu'elle eut conscience d'elle-même, elle s'aperçut qu'elle perdait par le vagin la totalité de ses urines.

Quelles que fussent les chances que l'on eût d'obtenir la réparation de lésions aussi étendues et aussi complexes, et quoique la destruction certaine du col vésical rendît très improbable le retour à un état fonctionnel satisfaisant, la première chose à faire était de rétablir la communication de l'urèthre avec la vessie.

Restauration de l'orifice vésical de l'urèthre. — Le 22 décembre 1894, un cathéter Béniqué de gros volume fut introduit dans le canal et poussé avec une certaine force le plus haut possible, de manière à faire saillir fortement dans la vessie la cloison qui séparait celle-ci de l'urèthre. Le bord inférieur de la fistule étant abaissé avec des crochets mousses, j'incisai dans l'étendue de 1 centimètre la muqueuse vésicale sur cette saillie; la muqueuse étant assez mobile à ce niveau, les bords de l'incision s'écartèrent, et le bout de la sonde, refoulant la cicatrice uréthrale, vint faire saillie dans leur intervalle. De chaque côté de cette saillie, je passai une anse de fil prenant toute l'épaisseur de la paroi uréthrale et dont la partie moyenne était située dans le canal même; puis j'incisai largement entre ces deux anses de fil, sur le bec de la sonde, la paroi uréthrale.

L'extrémité de l'urèthre étant maintenue béante dans la vessie par la traction exercée sur ces deux anses, de chaque côté, je cherchai dans l'urèthre le plein de l'anse avec un crochet, je l'attirai à l'extérieur, je le coupai, et j'eus ainsi quatre fils, traversant la paroi de l'extrémité du canal et qui, repris et passés au travers de la muqueuse, me permirent d'assurer par ces quatre points de suture l'union de la muqueuse vésicale et de la muqueuse uréthrale. J'ajoutai encore quelques points intermédiaires, et, la continuité du canal de l'urèthre et de la vessie étant ainsi rétablie, je plaçai à demeure une sonde de Pezzer que je laissai en place pendant cinquante-deux jours. L'orifice vésical de l'urèthre ainsi reconstitué n'a jamais marqué la moindre tendance à se rétracter.

Le 8 février 1895, l'opérée me suivit à l'hôpital de la Pitié; là,

trois mois furent employés à obtenir une dilatation complète du vagin au moyen de boules en aluminium de Boseman. Ce ne fut que lorsque la plus grosse de ces boules put être introduite et supportée sans souffrance que je procédai à l'occlusion de la fistule.

Deuxième opération, le 16 mai 1895. — Sous l'influence de la dilatation, la paroi antérieure du vagin et les bords de la fistule ont entièrement perdu leur rigidité ; en attirant légèrement en bas la lèvre supérieure du col, on amène avec assez de facilité la lèvre supérieure de la perte de substance au contact de la lèvre inférieure.

Opération faite dans le décubitus latéral. Avivement vaginal en surface circulaire de 6 à 8 millimètres ; mais au lieu d'exciser la collerette muqueuse disséquée tout autour de la fistule, je la retrousse dans la cavité vésicale et je la serre au moyen d'une suture en bourse, au catgut, constituant ainsi un premier plan d'occlusion destiné à protéger la suture vaginale du contact de l'urine ; puis, de la lèvre supérieure à la lèvre inférieure de la paroi vaginale, je passe 13 ou 14 points de suture au crin de Florence, comprenant et affrontant toute l'étendue de la surface d'avivement. Sonde à demeure ; tamponnement vaginal.

Le douzième jour, on s'aperçoit que le pansement est mouillé et que l'opérée perd les urines ; les fils sont retirés le lendemain ; la plus grande partie de la réunion s'est effectuée ; elle a échoué dans une certaine étendue vers la droite ; il reste un orifice de communication de dimension d'une pièce de 50 centimes environ.

Plusieurs mois sont laissés à la malade pour se refaire, puis on reprend la dilatation vaginale qui est de nouveau portée jusqu'à la plus extrême limite.

Troisième opération, le 21 novembre 1895. — La malade étant dans le décubitus dorsal, le bassin fortement relevé, la paroi postérieure du vagin abaissée avec une valve, on fait de nouveau un très large avivement circulaire, mais cette fois on excise la muqueuse dans toute l'étendue de l'avivement. Puis la lèvre supérieure et la lèvre inférieure avivées de la fistule sont réunies par 9 points de suture au fil d'argent très fort, dont les extrémités sont fortement serrées, d'abord au fulcrum, puis avec le tord-fil ; quelques points de suture complémentaires sont faits avec du crin de Florence.

Ces fils sont retirés le quinzième jour seulement; la sonde à demeure est laissée un mois entier. Au bout de ce temps, elle est retirée. Tant que la malade reste au lit, elle garde toutes ses urines et la miction se fait normalement environ toutes les deux heures. Mais, dès qu'elle se lève, elle recommence à perdre les urines; il semble même qu'elle les perd alors en totalité. L'examen fait reconnaître à l'extrémité droite de la ligne de réunion un orifice presque imperceptible, duquel l'urine s'échappe en jet dans les efforts; le stylet le plus fin ne peut cependant s'introduire dans cet orifice.

La malade est remise au lit avec la sonde à demeure. Au bout de trois semaines, on retire la sonde; la malade peut retenir la totalité des urines; au bout de quinze autres jours, on lui permet de se lever pendant deux heures par jour; elle continue à ne plus perdre.

Il y a actuellement plusieurs semaines que la malade se lève et marche. Quand elle est debout, elle ne peut guère retenir ses urines qu'une heure et demie environ; encore, lorsqu'elle tousse, perd-elle un peu d'urine. Quand elle est au lit, elle peut n'uriner que toutes les deux heures, quelquefois même à de plus longs intervalles.

L'examen montre que la réunion est complète et parfaite; elle est régulièrement transversale et siège à 1 centimètre au-dessous de l'insertion de la paroi vaginale à la lèvre antérieure du col.

Quoique la vessie soit pleine, aucune goutte d'urine ne s'échappe par la ligne de réunion. Quand l'opérée tousse, un peu d'urine est projetée par le méat. La sonde introduite à ce moment dans la vessie évacue une notable quantité d'urine claire, et cependant la malade est venue se placer d'elle-même, en marchant, sur le lit à examen. Il n'existe aucun obstacle, aucune trace de rétrécissement au col de la vessie.

Tel était l'état de l'opérée au moment où j'achevais de rédiger cette observation; mais, peu de temps après, vers le mois de février 1896, alors qu'elle se disposait à quitter l'hôpital pour retourner chez elle, on s'aperçut que ses urines renfermaient un dépôt muco-purulent assez abondant, coloré par du sang. Cet écoulement sanguin, variable suivant les jours, ayant pris des proportions assez importantes, l'examen cystoscopique fit voir, au niveau du point où siègeait autrefois la perforation, une cicatrice blan-

châtre et, au-dessous d'elle, un gros bourgeon charnu, de coloration foncée, et d'où provenait certainement l'hémorrhagie. Je ne crus néanmoins pas nécessaire de diriger sur ce point une intervention nouvelle; des lavages à la solution boriquée et avec une solution de nitrate d'argent firent peu à peu diminuer l'écoulement sanguin et le dépôt muco-purulent des urines. Ce ne fut néanmoins qu'au mois de juillet que je laissai la malade retourner chez elle. Elle m'a écrit au mois d'octobre dernier : « Il y a un mois et demi que je ne vois aucune trace de sang dans mon urine et que je ne ressens aucun mal en urinant. Je me porte très bien ; si je voulais faire un travail un peu pénible, je ressentirais quelques gouttes d'urine qui s'en va (*sic*) ; mais en faisant mon ménage et en ne travaillant pas trop, je garde bien mon urine et je me porte bien. »

L'incident qui a retardé la guérison a été dû certainement au bourgeon formé par le refoulement de la muqueuse vaginale disséquée et retournée du côté de la vessie. La saillie qu'il formait dans la cavité de celle-ci a pu être reconnue par l'examen cystoscopique, et ce ne fut qu'après sa rétraction graduelle que le saignement auquel donnait lieu cette sorte de fongus s'est arrêté et que la guérison a pu être considérée comme complète.

Les fistules vésico-génitales de la femme deviennent heureusement de plus en plus rares grâce aux progrès de l'instruction obstétricale des nouvelles générations médicales. Je ne puis interpréter autrement ce fait que, dans les premières années de ma pratique, comme chirurgien des hôpitaux, il ne se passait pas d'année sans que j'eusse à traiter deux ou trois femmes atteintes de lésions de cet ordre — au moins, — et que dans ces derniers temps il s'est parfois écoulé un an entier sans que j'en aie vu entrer une dans mon service. Le nombre des femmes que j'ai soignées pour des fistules vésico-vaginales ou vésico-utérines dépasse actuellement une vingtaine. Une seule ne m'a pas paru pouvoir être opérée ; elle avait à la fois une destruction de toute la paroi vésico-vaginale et une destruction de la cloison recto-vaginale, de laquelle il ne restait qu'un pont correspondant à l'anus.

Dans un cas, j'ai eu un insuccès presque complet; il s'agissait probablement d'une fistule vésico-uréthro-vaginale. Dans un troisième, à la suite d'une oblitération du vagin par la méthode de Simon, j'ai vu un calcul phosphatique se former au-dessus de l'occlusion, dans le vagin, calcul pour lequel il fallut détruire la réunion qui avait été obtenue ; une opération tentée pour fermer l'ouverture par laquelle j'avais extrait le calcul échoua. Enfin, en 1883, je perdis une de mes opérées, peu de jours après l'opération, de cellulite pelvienne septique : cette complication avait été favorisée par la hâte avec laquelle j'avais voulu procéder à l'opération peu de jours après avoir pratiqué la section et la déchirure de brides cicatricielles rétrécissant le vagin. Toutes mes autres opérées ont guéri par l'avivement et la suture de la fistule. Je me hâte de dire que mon éducateur en la matière a été le Dr Nathan Bozeman, que j'ai eu la bonne fortune d'assister dans plusieurs opérations et dont j'ai pu suivre de près toute la pratique pendant un séjour qu'il fit à Paris en 1875 et durant lequel mon ancien maître Dolbeau lui avait ouvert son service. A cette époque, je rendis compte des procédés de Bozeman dans deux articles que je fis paraître dans les numéros du 13 et du 17 mai de la *France médicale*. Bozeman voulu bien me répondre et compléter lui-même l'exposé que j'en avais fait, par une lettre qui fut insérée dans les numéros des 21 et 24 juin du même journal. Si je rappelle ces souvenirs anciens, c'est que la plupart des auteurs semblent avoir oublié et négligent aujourd'hui plusieurs points sur lesquels Bozeman faisait reposer tout l'avantage de sa méthode. Je reviendrai tout à l'heure sur quelques-uns d'entre eux.

Sur le nombre de femmes que j'ai soignées pour des fistules vésico-vaginales, c'est la seule fois que j'aie observé l'oblitération de l'orifice vésical de l'urèthre. Cette complication, au premier abord, me paraît ne laisser aucune chance de succès à l'opération : je pensais que, même en rétablissant l'abouchement de l'urèthre dans la vessie et en fermant la

Dans l'avivement, que je fais très oblique, j'avais toujours observé le précepte de Bozeman, qui conseillait de faire porter cet avivement sur toute l'épaisseur du bord de l'orifice de communication vésico-vaginale, en y comprenant la muqueuse vésicale comme la muqueuse vaginale. J'ai cru pouvoir le délaisser dans la première des opérations d'occlusion que j'ai fait subir à ma malade, et j'ai voulu me servir de la collerette muqueuse, constituée par la dissection du pourtour de la fistule, pour la refouler du côté de la vessie, l'y fixer par une suture en bourse et pour former ainsi un premier plan de réunion, une sorte de bouchon recouvrant la suture des lèvres et la fistule et la protégeant contre le contact de l'urine.

Cette modification du procédé opératoire m'avait donné, dans un cas antérieur, un assez bon résultat, mais je n'y aurai plus recours. La saillie des parties molles refoulées dans la cavité vésicale y détermine, ainsi que le prouve l'observation présente, la formation d'une sorte de fongus dont la présence peut être l'origine de quelques complications; l'examen cystoscopique, chez mon opérée, a démontré que le dépôt muco-purulent des urines et les hémorrhagies vésicales, qui se sont produites assez longtemps après l'opération et qui ont retardé la guérison, étaient certainement dus à cette cause. C'est un sous-procédé que j'abandonne entièrement, je n'y aurai plus recours dans la suite.

Dans la suture, j'avais récemment délaissé le fil d'argent pour me servir de crin de Florence; est-ce à cette circonstance que j'ai dû l'insuccès d'une partie de ma réunion, insuccès qui a nécessité une seconde opération? Je ne voudrais pas l'affirmer, mais ayant usé de l'un et de l'autre, je dois dire que c'est au fil d'argent très fort, tel que celui dont se servait Bozeman, que je donne la préférence. Quand tous les fils ont été passés et serrés avec l'ajusteur ou le fulcrum, il faut, avant de les tordre, pousser une injection par l'urèthre dans la vessie; si les lèvres de la fistule restent partout au contact, si rien ne filtre au travers de la réunion, si l'injection ne revient nullement par le vagin, on peut être sûr que

l'affrontement restera parfait et que la réunion sera complète.

Pour fixer la suture, j'avais autrefois employé les petites plaques de plomb perforées dont se servait Bozeman; j'y ai renoncé depuis lors, parce que le temps nécessaire pour en déterminer les dimensions, la forme, pour les percer aux points voulus des trous nécessaires au passage des fils, allonge démesurément l'opération. Je me suis borné dans la dernière opération à serrer les fils d'argent avec un *tord-fils*.

Dans la confection de cette suture, l'essentiel est de se servir de fil gros, pour qu'il soutienne les surfaces sans les couper; pour que, par sa rigidité seule, il maintienne en contact les lèvres de l'avivement sans qu'on ait besoin de serrer trop chacun des points. S'il est nécessaire, dans l'intervalle de ceux-ci, on peut placer quelques points de suture au crin de Florence ou à la soie pour réunir bord à bord les muqueuses de la manière la plus complète.

Au dernier congrès de chirurgie, M. Ricard a présenté un procédé, déjà employé par Gerdy, puis par M. Duboué, et qui consiste à dédoubler sur tout le pourtour de la fistule la cloison vésico-vaginale pour réunir ensuite par la suture les bords opposés des lèvres vaginales de l'orifice fistuleux avivé dans ce premier acte. Cette manière de procéder est simple et très pratique, mais il faut qu'elle soit possible, et elle n'est certainement pas applicable aux fistules siégeant en plein tissu cicatriciel comme celles que j'ai vu opérer par Bozeman et que j'ai opérées moi-même.

Il en est également ainsi de l'abaissement de la fistule que l'on attire à la vulve afin de faire l'opération à découvert. Il faut, cela va de soi, recourir à cette manœuvre toutes les fois qu'elle est exécutable; mais elle ne l'est pas, ou très incomplètement, quand on a affaire à ces vagins cicatriciels et rétrécis pour lesquels le traitement de Bozeman par la dilatation préalable est absolument nécessaire et peut seul conduire à un bon résultat.

C'est sur ce point que je veux encore revenir en terminant :

L'opération de la fistule vésico-vaginale est une opération relativement facile même dans les cas complexes, puisqu'elle ne présente que des difficulté mécaniques dont on vient à bout avec la dextérité que donne l'habitude. Elle ne présente pas cet inconnu auquel il faut toujours s'attendre dans d'autres opérations plastiques et qui vous force à renoncer, chemin faisant, à un plan mûrement étudié, pour en chercher un autre. Mais pour la faire dans de bonnes conditions, il est nécessaire de donner tous ses soins au prologue, à l'acte préparatoire, à la dilatation du vagin par laquelle, non seulement on s'ouvre un accès plus large vers la perte de substance que l'on se propose de combler, mais on fait disparaître la tension des bords de la fistule, la traction exercée sur eux par les brides cicatricielles, causes auxquelles il faut rapporter le plus grand nombre des insuccès qui ont été observés à la suite des opérations de cette espèce.

DE L'URÉTHRO-CYSTOPLASTIE (1)

Par **Pierre Bazy**, chirurgien des hôpitaux.

La communication, que M. Berger nous a faite dans la dernière séance et qu'il a su rendre si intéressante par les considérations dont il l'a accompagnée et les heureux résultats qui ont suivi son intervention, m'a semblé devoir être pour moi l'occasion de vous faire connaître une opération analogue dont j'avais écrit la relation depuis au moins trois ans et que j'avais conservée dans mes cartons.

Je vous demande la permission de vous la lire, telle que je l'ai écrite à ce moment.

Cette opération, ou plutôt la série des opérations qu'a nécessitées le cas que je vous soumets, a été faite dans le cours des années 1891 et 1892, à l'hôpital Lariboisière, dans

---

(1) Communication faite à la *Société de chirurgie*.

le service de mon maître, M. Peyrot, dont j'avais l'honneur d'être l'assistant.

Nous n'avons plus très souvent occasion d'observer dans notre pays, du côté des voies génitales de la femme, des désordres résultant d'accouchements mal conduits ou malheureux ; je veux parler de fistules vésico-vaginales, de destruction de portions plus ou moins étendues du vagin. Je viens, cependant, d'en observer dernièrement un cas qu'il m'a paru intéressant de vous signaler, parce qu'il représente, je crois, presque l'extrême limite des altérations auxquelles peut aboutir la gangrène du vagin.

En effet, voici dans quelles conditions il se présente à mon examen :

La fourchette est largement déchirée et la vulve béante ; sans qu'il soit nécessaire d'écarter les lèvres, on aperçoit tout d'abord la paroi postérieure du vagin, bombée comme une rectocèle au début et d'apparence cicatricielle. Cette voussure répond, quand on pratique le toucher rectal, à une dépression, à un creux rectal, et on sent alors la minceur de la cloison recto-vaginale qui paraît réduite à la paroi rectale seule. De plus, en pratiquant le toucher rectal, on sent que le doigt est dans une véritable cavité dont la paroi supérieure, constituée par la cloison recto-vaginale, forme une véritable voûte dont les côtés adhèrent aux parois du petit bassin et y sont rattachés et fixés par du tissu cicatriciel.

Revenant du côté du vagin, on voyait, immédiatement derrière cette voussure de la paroi vaginale postérieure, une saillie exactement du volume du petit doigt, rosée, ferme, rappelant par sa consistance le tissu utérin ; en effet, c'est bien là un moignon de col utérin, car, quelques jours après, la malade ayant ses règles, nous l'examinâmes pour voir par où pouvait sortir le sang menstruel et nous aperçûmes, à l'extrémité du moignon, un petit orifice comme une piqûre d'aiguille par où sortait ce sang ; si nous n'eussions pas vu le sang couler, nous ne nous serions jamais douté que cet orifice

existait et, chose remarquable, les règles n'étaient nullement douloureuses.

En avant de ce moignon, on voyait une autre saillie rougeâtre, violacée, mûriforme, en avant de laquelle était un large orifice, c'est la muqueuse vésicale en éversion ; on pouvait dans cet orifice mettre largement deux doigts. Ce qui restait du vagin était représenté par du tissu de cicatrice.

L'urèthre était représenté par un canal de 1 centimètre de long, situé au voisinage du méat dont la paroi inférieure avait bien 1 millimètre d'épaisseur.

Si j'ajoute que les parois du vagin étaient adhérentes aux branches du pubis par un tissu cicatriciel, court et épais, j'aurai donné une vague idée des énormes désordres que j'avais sous les yeux et qui étaient les restes et les témoins d'un gangrène totale du vagin.

Or, celle-ci était due à un accouchement ; cette femme était accouchée deux ans auparavant en Algérie, et la tête, à son dire, serait restée trois jours à la vulve.

Évidemment, nous nous trouvions en présence d'un de ces cas dans lesquels on recommande l'occlusion du vagin.

A vrai dire, cette occlusion du vagin eût été beaucoup moins difficile que l'opération que je méditais et qui était la reconstitution d'une cavité vésicale et d'un canal ; néanmoins, je ne songeais pas un seul instant au colpokléisis.

J'ai, en effet, vu deux colpokléisis faits, il est vrai, un peu bas. Or, cette opération a été pour chacune de ces deux malades la source d'ennuis d'abord, puis de douleurs et enfin d'accidents infectieux qui les ont emportées.

En effet, dans le cul-de-sac vaginal, l'urine peut séjourner, s'infecter, s'altérer : il se forme des concrétions phosphatiques, la cicatrice s'ulcère, l'infirmité se reproduit ; et alors que les malades, avant l'opération, se portaient très bien et avaient une santé très bonne, à partir de ce moment, elles dépérissent, elles sont infectées et ne résistent pas longtemps à l'infection. C'était donc à rétablir une cavité vésicale

sans laisser de bas-fond, d'arrière-cavité, que je voulais arriver.

La tâche me paraissait si difficile à accomplir que je ne songeais à rien moins qu'à pratiquer la taille hypogastrique, afin de décoller les bords de la muqueuse vésicale et les suturer ; ensuite, j'aurais peut-être perforé, dans la symphyse pubienne, un large canal que j'aurais pu facilement obturer.

Car, je dois le dire, je ne pouvais faire autre chose ici que rétablir une cavité où l'urine pût être retenue mécaniquement, puisque le sphincter vésical était complètement détruit.

Je procédai donc à la première opération en 1891 (1).

Je dédoublai en arrière ce qui restait de cloison vésico-vaginale, j'avivai en avant l'ogive pubienne et, sur les parties latérales, je fus obligé de détacher ce qui me paraissait être la vessie de la face postérieure des branches du pubis. Je pus faire avec beaucoup de peine l'occlusion complète, mais ces tissus me paraissaient avoir trop peu de vitalité pour que je pusse compter sur un succès complet, quoique la suture parût hermétique (les points de suture faits au crin de Florence, avaient une direction antéro-postérieure).

Aussi, grandes furent ma surprise et ma joie quand, au bout de quelques jours, je m'aperçus que toute la moitié gauche de la brèche était comblée ; les fils étaient incrustés de sels calcaires que l'urine, finissant par filtrer, avait déposés, et cela, malgré les diurétiques que j'avais donnés.

Les deux extrémités de l'ouverture, celles qui avoisinaient les pubis, avaient été d'un avivement si difficile que j'étais très satisfait d'avoir réussi un côté.

Après un certain temps, cette malade étant de celles que l'on opère quand on n'est pas trop occupé par d'autres, je recommençai. Je fis ainsi 2 ou 3 opérations.

Je finis par avoir une cavité vésicale avec un orifice sous-pubien ; entre temps le lambeau constituant la paroi inférieure de l'urèthre avait disparu.

(1) Je n'ai pu retrouver sur le registre d'opérations du service de M. Peyrot que la date de la reconstitution de l'urèthre ou plutôt d'un canal, qui est du 21 avril 1892.

Mais cela ne suffisait pas pour assurer l'occlusion mécanique. L'idéal eût été, en faisant un canal, d'y créer une valvule s'ouvrant de l'extérieur à l'intérieur sous la pression de la sonde et se fermant de l'intérieur à l'extérieur sous la pression de l'urine. Inutile de dire qu'il fallait renoncer à cet idéal. Je me bornai donc dans les séances ultérieures à créer un canal de trois centimètres environ sur la face antérieure du pubis dont on pût mécaniquement appliquer les parois contre cette symphyse, de manière à occlure la vessie.

Ce canal fait, je voulus voir si cette occlusion mécanique était possible et avant de commander un appareil, je fis appliquer un tampon sur ce canal et le fis maintenir au moyen d'un spica. Grâce à ce tampon, la malade pouvait garder l'urine trois heures ; au bout de ce temps elle avait besoin d'uriner.

Mais la distension de la cavité vésicale amena une petite fissure qui se produisit précisément à l'extrémité droite de la première ligne de suture vésicale, presque derrière la branche pubienne ; je la fermai par trois points de suture.

Je fis alors construire un appareil qui consiste dans un bandage à ressorts avec plaque hypogastrique d'où part perpendiculairement une tige en ressort terminée par une pelote allongée de 5 centimètres de long sur 2 centimètres de large en caoutchouc qui s'applique sur le canal, et comprime la paroi contre le pubis.

Cet appareil me paraissait propre à remplir le but que je m'étais proposé. Aussi fus-je bien surpris quand la malade me dit qu'il se dérangeait, et qu'il ne pouvait lui servir à rien. J'étais très désappointé; mais dans cette circonstance je fus servi par les événements. Cette malade depuis longtemps dans le service, avait, en même temps que beaucoup d'embonpoint, pris des habitudes d'indiscipline, pour laquelle, un jour, je la réprimandais ; elle me demanda alors de signer sa pancarte, ce que je fis immédiatement, quoique à regret ; il me paraissait, je l'avoue, cruel de m'être donné tant de mal pour un si faible résultat.

Or, deux jours après, elle vient me voir chez moi, elle portait son appareil. Je lui demandai s'il fonctionnait bien ; elle me répondit affirmativement, et ne se fit pas prier pour avouer qu'elle m'avait trompé jusqu'alors, que, du reste, si elle m'avait demandé de signer sa sortie, c'est qu'elle espérait que je refuserais.

Je régardai son appareil; il y avait près de trois heures qu'elle n'avait pas uriné, elle n'était pas le moins du monde mouillée ; or, depuis qu'elle l'avait placé, elle avait marché, s'était assise, tenue debout, en un mot s'était comportée comme tout le monde.

L'urine continue à rester limpide, aseptique, elle ne souffre pas, et le temps depuis lequel elle est opérée est un garant que cet état se maintiendra.

Voilà donc un cas de destruction complète de la paroi vésico- et uréthro-vaginale dans lequel on a pu reconstituer une cavité remplissant réellement le rôle de réservoir sans bas-fond, et sans crainte de danger pour l'avenir. L'étendue des désordres que j'ai eus à réparer m'autorise à penser que le colpocléisis doit être désormais rangé parmi les opérations qu'on ne doit plus pratiquer.

En terminant, qu'il me soit permis de faire observer qu'il serait possible, chez les sujets atteints d'exstrophie de la vessie, de faire l'occlusion mécanique de la vessie, chez les garçons, à l'aide d'une large bande de caoutchouc serrant la verge; chez les filles, au moyen d'une pelote appliquée sur un canal qu'on créerait au-dessous de la cavité vésicale.

J'avais écrit ces lignes il y a longtemps; j'ai revu depuis ce temps cette malade: elle a brisé ou détérioré son appareil et est allée dans le service de M. Terrier, où M. Hartmann lui a fait l'occlusion d'une fistulette qui s'était reproduite dans un point où la paroi vésico-vaginale était affaiblie.

Quand je l'ai revue, elle était telle que je l'avais laissée, avec une cavité vésicale terminée par un canal recourbé en avant, appliqué sur la face antérieure du pubis. Sur ce canal existe une petite fistulette que je n'ai pas pris la peine de fermer, parce que la pelote appuie sur ce point et en détermine l'occlusion.

Elle m'a suivi à Bicêtre, puis à Tenon, où j'ai voulu lui faire faire un appareil par l'intermédiaire du fournisseur de l'administration. Je n'ai pas pu y réussir ; il y a deux mois, enfin, M. Collin lui a fait un appareil conforme au modèle

dont je vous ai déjà parlé et qui doit être suffisant (je dis qui doit, parce que j'ignore s'il l'est). En effet, à peine l'avait-elle, que j'ai dû la renvoyer pour indiscipline.

Théoriquement, cet appareil doit bien fonctionner. S'il ne fonctionnait pas bien, on pourrait, en le modifiant légèrement, lui faire remplir son rôle d'une manière convenable.

Si on n'arrivait pas à trouver cet appareil, on pourrait peut-être mettre à demeure une sonde en caoutchouc rouge qui irait ensuite dans un urinal.

Mais si, malgré tout, les appareils devenaient insuffisants, il vaudrait mieux ne rien faire du tout. En effet, que l'urine s'échappe par une large ouverture ou qu'elle s'échappe par un petit pertuis, le résultat est le même.

Je ne pouvais pas ici, comme dans le cas de M. Berger, espérer reconstituer même un semblant de sphincter vésical. L'urèthre n'existant plus, il fallait refaire le réservoir vésical avec, à l'extrémité, un canal que l'on pût facilement fermer. Cette occlusion a été facilement obtenue au moyen d'un bandage en spica, maintenant un tampon compresseur ; un appareil peut aussi la déterminer.

Je n'insisterai pas sur le mode suivant lequel j'ai obtenu des surfaces cruentées : j'ai procédé par dédoublement ; sauf pour les petites opérations complémentaires j'ai dû procéder par simple grattage de l'épithélium cicatriciel : un avivement eût été trop profond, un dédoublement impossible.

L'urèthre a été reconstitué par des lambeaux pris sur les deux branches de l'ogive pubienne, puis sur le reste de la vulve.

Je n'ai pas fait de recherches bibliographiques sur ce point : je ne sais pas si on s'est préoccupé, dans des cas analogues, d'éviter le colpocléisis.

J'ai trouvé dans les *Annales des maladies des voies urinaires* (1895, p. 549) l'analyse d'un cas analogue publié par Ott dans le *Centralblatt für Gynäk.*, 1894, n° 40, où le chirurgien a fait l'occlusion du vagin et reconstitué avec les petites lèvres un canal qu'il a fermé au moyen d'une pelote.

C'est en somme un colpocléisis avec un canal surajouté. J'ignore les suites de l'opération, mais il est à craindre qu'elles ne soient aussi mauvaises que dans les colpocléisis pour larges fistules vésico-vaginales.

RESTAURATION ANAPLASTIQUE DE L'URÈTHRE, DU VAGIN, DE LA VESSIE ET DU RECTUM (1).

Par M. **Péan**.

Mme B..., âgée de 29 ans, mariée à 27 ans, a eu un accouchement très laborieux d'un fœtus à tête volumineuse ; celle-ci reste quatre jours sur le périnée, gênant beaucoup la circulation des parties molles : depuis, un forceps fait, pour ainsi dire *in extremis* et avec violence, une déchirure totale du périnée ; la malade se rétablit à la longue, mais sans pouvoir garder son urine ni ses selles. Quand je l'examinai pour la première fois, je trouvai, à la place du périnée, un tissu de cicatrice, percé de deux trous : l'un antérieur, un peu arrondi, l'autre postérieur, un peu transversal, correspondant à la partie inférieure du rectum. Les cloisons, recto-vaginale et vésico-vaginale étaient complètement détruites et remplacées par un cloaque par lequel sortaient alternativement l'urine, les selles et le sang des règles. Pour faire une exploration plus complète et pour savoir ce qu'étaient devenus l'utérus et la vessie dont on ne trouvait aucune trace, je réunis les deux orifices ; grâce au jour ainsi produit, je constate que la vessie est détruite dans toute l'étendue du bas-fond vésical et que son col n'existe plus ; il en est de même de l'urèthre. Immédiatement en arrière de cet organe se trouve le col de l'utérus, petit, informe, couvert de cicatrices. Son orifice est si petit qu'il n'admet aucun cathéter. Bien que l'entreprise fût des plus difficiles, ainsi que l'affirmaient plusieurs chirurgiens consultés auparavant, la situation de cette pauvre femme était si intenable que nous nous décidâmes à l'intervention.

La malade étant dans le décubitus dorsal, le siège soulevé par un coussin glissé sous le sacrum, j'essaie d'abord de reconstituer

---

(1) Communication à l'Académie de médecine.

une vessie, puis un urèthre ; pour cela, à gauche de la vulve est taillé un lambeau ; celui-ci est tracé au moyen d'une incision qui passe transversalement au-dessous du col de l'utérus, et qui arrive à la partie inférieure de la grande lèvre, remonte jusqu'au mont de Vénus, en suivant le bord inférieur de cette grande lèvre elle-même ; cette dernière partie de l'incision est demi-circulaire ; elle me permet de disséquer de gauche à droite, de dehors en dedans, jusqu'à la ligne médiane, ce qui est nécessaire des parties molles des grandes et des petites lèvres et du tissu de cicatrice placé à gauche et au-dessous de la vessie et du col de l'utérus jusqu'à la ligne médiane ; à ce moment, mon lambeau devient assez mobile pour que je puisse le replier en adossant à elle-même sa surface tégumentaire. Lorsque ce lambeau est ainsi replié, son bord gauche vient s'appliquer au-devant de la grande lèvre droite sur laquelle je le greffe après avoir pratiqué, à travers la paroi, une incision antéro-postérieure, allant depuis la base du lambeau jusqu'à la hauteur du clitoris, à la partie inférieure ou horizontale, qui passe à 3 centimètres au-dessous du col de l'utérus ; je suture à lui-même le lambeau adossé, de sorte que, partout, la face tégumentaire du lambeau masque le col de l'utérus, l'ouverture vésicale et le tissu cicatriciel qui séparait cette fistule du clitoris et des débris des petites lèvres ; de la sorte, non seulement la fistule urinaire et le col de l'utérus sont masqués, mais encore l'urine ne peut sortir que par le bord antérieur du lambeau qui en est la partie la plus étroite.

Pour recouvrir le périnée et la moitié inférieure de la cloison recto-vaginale, il est nécessaire de tailler un lambeau sur le côté droit de la vulve et de la cuisse ; avant de détacher ce lambeau, nous commençons par reconstituer une paroi antérieure du rectum dans sa moitié supérieure. Nous disséquons la muqueuse du rectum aussi haut que possible, en arrière de l'utérus, de façon à l'abaisser de 3 centimètres. Puis, immédiatement au-dessous, nous détachons, de chaque côté, le rectum, assez profondément pour pouvoir les rapprocher d'un côté et les suturer de l'autre sur la ligne médiane. On voit alors, à l'extérieur, la surface de la muqueuse disséquée et cruentée, occupant la place que la cloison recto-vaginale aurait eue à l'état normal. Ceci fait, il reste à recouvrir cette surface saignante, ensuite la surface saignante de l'autre lambeau qui nous avait servi à reconstituer le bas-fond

de la vessie et l'urèthre. Pour y parvenir, il nous suffit de la recouvrir avec la surface cruentée de la base du grand lambeau que nous avons emprunté ou côté droit de la région. De la sorte, il n'existe plus de surface saignante autre qu'une partie de celle qui a été mise à découvert par la partie supérieure du lambeau droit déplacé, celle-ci est fermée par quelques points de suture qui en rapprochent les bords. Le grand lambeau est lui-même fixé sur le pourtour de sa portion libre par des surjets de catgut.

Tous ces lambeaux sont très espacés ; leur adossement est destiné non seulement à faire disparaître des troubles fonctionnels et les difformités de la région, mais encore à ranimer, le mieux possible leur propre vitalité ; l'opération ainsi terminée, il était désirable que le travail de restauration que nous venions d'établir en faveur de l'urèthre, de la vessie, de l'utérus, du rectum et du périnée, se maintînt d'une façon définitive ; l'urine s'écoulait librement par son orifice normal et les matières fécales sortaient à distance par l'anus. Seule, la moitié inférieure de la cloison recto-vaginale, n'étant pas encore reconstituée, laissait voir un orifice anormal de dimension beaucoup trop grande, que nous nous proposions de reconstituer à son tour. En outre, bien que les urines, les garde-robes ne soient plus mélangées, elles ne pouvaient pas encore être retenues volontairement ; néanmoins, grâce à la restauration déjà faite, la malade était très soulagée ; sa santé se rétablit de jour en jour ; malheureusement, au bout de quelques semaines, nous vîmes se former une escarre sur la ligne médiane, à l'union de nos deux lambeaux, juste au point où ils recouvraient le col de l'utérus et le bas-fond de la vessie restaurée ; il en résulta que toutes les urines sortirent à nouveau à travers le périnée, ne sortirent plus par notre nouvel urèthre et passèrent par le périnée causant, par leur incontinence, une irritation cutanée. Au lieu de réparer immédiatement ce désordre, nous préférâmes attendre jusqu'au 19 décembre suivant pour le combler et pour intervenir ; il s'agissait alors, pour une même séance, de la cloison recto-vaginale. Pour reconstituer cette portion ano-rectale, nous avons recours au même procédé qui nous avait réussi dans la première séance pour restaurer la partie supérieure de la cloison vaginale c'est-à-dire que nous disséquâmes, de chaque côté de la muqueuse rectale, très largement, dans toute la hauteur de la perte de substance et cette dissection

nous permit à nouveau de rapprocher sur la ligne médiane ces deux lambeaux et de les suturer sur la ligne médiane sur une hauteur de 1 centimètre, puis à disséquer, en même temps qu'elle, sur les parties latérales du rectum, le tissu fibreux et musculaire qui la doublait jusqu'au bord postérieur de l'orifice anal, de façon à avoir deux lambeaux latéraux épais, suffisamment vastes, pour que nous puissions rapprocher l'un de l'autre leur bord libre sur la ligne médiane; ces bords libres eux-mêmes furent réunis du côté de la lumière de l'anus et du rectum et suturés l'un à l'autre par un surjet de catgut; de la sorte, l'orifice inférieur de l'anus se trouve reporté aussi en arrière que possible, c'est-à-dire à son siège normal; restait à recouvrir la surface cruentée à cette nouvelle portion de la cloison recto-vaginale; c'est ce qui fut fait au moyen de deux lambeaux latéraux pris dans les téguments voisins; pour tailler ces lambeaux, nous fîmes plusieurs incisions latérales, les inférieures, partant de la partie inférieure du nouvel anus et se dirigeant en bas et en arrière, à travers les fesses; les supérieures commençant au niveau du point où nous avions commencé à détacher la muqueuse; ces deux lambeaux furent disséqués à partir de la ligne médiane de dedans en dehors, de façon à avoir, dans leur épaisseur, beaucoup de tissu cellulo-adipeux jusqu'à leur base adhérente par laquelle pénétrèrent les vaisseaux nourriciers. Quand ils furent suffisamment mobiles, ces lambeaux furent attirés par glissement jusqu'à la ligne médiane au niveau de laquelle ils furent suturés l'un à l'autre par un nouveau surjet de catgut; de la sorte, leur surface cruentée recouvrit la surface cruentée de la muqueuse rectale, qui nous avait servi à restaurer la moitié inférieure de la cloison recto-vaginale. Il ne nous restait plus qu'à boucher la nouvelle fistule vésico-vaginale qui s'était faite sur la ligne médiane, au-dessus des derniers lambeaux et qui avait mis à la fois à nu le col de l'utérus et l'ouverture vésicale. Ce temps de l'opération ne fut pas trop difficile, grâce au soin que j'avais pris, dans la première séance, de le recouvrir par deux lambeaux épais, adossés l'un à l'autre.

Je circonscris par une incision curviligne convexe en arrière de la partie postérieure de la fistule et je détache d'arrière en avant un lambeau cutané assez grand pour masquer complètement l'orifice normal; ce lambeau est maintenu en place par un surjet

de catgut ; il ne reste plus alors qu'à couvrir la surface cruentée, c'est ce qui fut fait en empruntant de chaque côté un lambeau de segment assez grand pour qu'après les avoir disséqués assez largement on pût les rapprocher et les suturer l'un à l'autre sur la ligne médiane de la cloison recto-vaginale ; il en résulte que le col de l'utérus et la vessie se trouvent circonscrits par des incisions qui me permettent, de chaque côté, de détacher de dehors en dedans des lambeaux latéraux. Je dissèque ces derniers de dehors en dedans pour pouvoir renverser leurs bords latéraux sur la ligne médiane et pour les réunir l'un à l'autre dans cette nouvelle position de telle sorte que leurs surfaces tégumentaires adossées, ils recouvrent le col utérin et la fistule vésicale, tandis que leur surface cruentée inférieure reste libre ; pour la recouvrir, il ne me reste plus qu'à faire partir des angles supérieurs de cette perte de substance, deux incisions qui remontent en haut de chaque côté à travers les lèvres et à disséquer d'arrière en avant et de dedans en dehors des lambeaux de peau, doublée de tissus adipeux assez longs et assez épais pour pouvoir rapprocher leurs bords et les suturer sur la ligne médiane. A ce moment, la fistule se trouve non seulement masquée, mais encore le petit lambeau qui avait servi à la recouvrir se trouve doublé par un autre lambeau extrêmement épais et dont la vitalité est aussi bien assurée que possible, grâce à la largeur de sa base dirigée du côté des aines.

Nous avons cherché, dans cette deuxième séance, le succès de l'opération en empruntant aux cuisses et aux fesses les lambeaux des téguments épais et très nourris et en les attirant par glissement jusque sur la ligne médiane par la méthode française.

Ce glissement avait été rendu difficile par la conformation de la région ; la saillie des ischions et des branches ischio-pubiennes rendait difficile la traction de ces lambeaux vers la ligne médiane et surtout l'enfoncement de leur surface cruentée, qu'il s'agissait d'appliquer à la surface cruentée de la muqueuse qui nous avait servi à reconstituer la partie inférieure de la cloison recto-vaginale et des petits lambeaux latéraux qui nous avaient servi à masquer l'utérus et la fistule vésicale ; il en résulta que ces lambeaux cutanés laissèrent au-dessous d'eux un petit intervalle médian dans lequel il était à craindre qu'un peu de liquide sanguinolent s amassât pendant les jours qui suivirent l'opération ;

pour éviter cette complication, j'eus soin de laisser dans cet intervalle un petit tube de caoutchouc destiné à servir de drainage, et de faire un pansement ouaté iodoformé, antiseptique et légèrement compressif, suffisant à assurer l'hémostase, et aucune ligature n'avait été nécessaire. A la suite de chaque opération il n'y eut pas de fièvre ; à partir du premier jour les urines sortirent librement par l'orifice du nouvel urèthre et les garde-robes par l'orifice anal ; la malade en fut d'autant plus satisfaite qu'elle n'eut plus de souffrance dans la région, que celle-ci reprit sa forme et son aspect normal ; que d'emblée les garde-robes purent être retenues à volonté, et que peu à peu l'incontinence d'urine disparut ; aujourd'hui elle retient merveilleusement ses urines aussi bien que ses garde-robes, de telle sorte qu'elle peut mener une existence normale. Le passage du sang menstruel offre cette irrégularité qu'il se fait par celui de l'urine, par notre nouvel urèthre, mais sans que la malade en soit gênée, ce qui la dispensera vraisemblablement de faire, comme quelques opérateurs l'ont proposé dans quelques fistules vésico-vaginales, l'extirpation des ovaires et de l'utérus pour tarir la source des menstrues.

DEUX CAS DE FISTULES VÉSICO-VAGINALES GUÉRIES PAR L'OPÉRATION D'ÉPISIOCLÉISIS AVEC FISTULE RECTO-VAGINALE ARTIFICIELLE (1)

Par le Dr **Lipinsky**,
Directeur de la Maternité à Mohilef-sur-le-Dniéper (Russie).

La communication de la cavité vésicale avec le vagin doit être regardée comme incurable dans tous les cas où nous ne pouvons restituer la fonction de l'appareil urinaire dans le sens anatomique, ni à l'aide d'une opération, ni par quelque autre traitement.

Je veux ici communiquer deux cas de ces fistules vésico-vaginales incurables.

Observation I. — Paysanne âgée de 28 ans ; pendant son enfance

(1) Ces deux malades ont été présentées à la Société médicale de Mohilef.

elle a toujours été bien portante ; elle commença à être réglée à 16 ans, les règles duraient 4 jours, étaient modérées et sans douleur. Mariée depuis un an. Deux ans avant son mariage elle avait eu dans la région inguinale droite un abcès, après lequel il resta une fistule. Un an après son mariage il se forma chez elle un autre abcès correspondant à l'épine iliaque postérieure droite. Deux ans après le mariage elle eut une fièvre typhoïde. Elle était accouchée 15 mois plus tard. L'accouchement dura trois jours et l'enfant naquit mort. Deux jours après l'accouchement la malade commença à uriner involontairement et deux semaines après, le 25 juillet 1891, elle entra dans le service gynécologique de la Maternité.

La malade, conformée passablement, est anémique, taille 145. Mesures du bassin : D. sp. 22, D. Cr. 24, D. Fr. 29, Conj. ext. 19 et demi centimètres. Au niveau du bord antérieur d'introïtus vaginal sur la paroi antérieure du vagin se trouve un orifice, qui mène dans une cavité dans laquelle en bas on tâte les branches horizontales et descendantes d'os pubis, et en haut, avec une grande difficulté, le bord supérieur de la fistule lequel passe dans la lèvre postétérieure étant tout à fait détruite. L'hystéromètre dans l'utérus ne rencontre aucun obstacle. Le corps de l'utérus est palpable distinctement par le toucher rectal. Quoique le vagin fût très rétréci, on pouvait cependant y introduire l'index. La muqueuse vaginale avait le caractère du tissu cicatriciel, elle était pâle, très peu mobile et couverte d'une fausse membrane, laquelle écartée se formait très vite de nouveau. La réaction de l'urine était alcaline.

Comme tel défaut ne pouvait pas être écarté directement par telle ou telle opération, en ayant seulement tel petit reste de l'urèthre, on pouvait penser dans ce cas uniquement à l'opération du kolpocléisis ; mais, auparavant, on devait détruire ce penchement de la muqueuse à former cette couche anormale décrite. Mais toute cette peine fut inutile. Le toucher de la muqueuse avec la solution d'arg. nitr. liq. ferri sesquilk les frictions avec l'onguent d'iodol, le curettage de la muqueuse, la cautérisation avec le fer rouge, tout cela restait sans aucun résultat et la malade quitta la Maternité pour améliorer sa santé générale.

Pour la seconde fois la malade entra à l'établissement le 4 octobre 1892. En examinant alors le vagin il apparut que sa mu-

queuse était tout à fait lisse et sur sa surface on n'observa plus de fausse membrane. Le 11 octobre on fit dans le tiers inférieur du vagin l'opération de kolpocléisis, mais en enlevant les sutures, il se déclara que dans un coin de la plaie restait une petite fistule à cause de laquelle il fallait faire encore une nouvelle réparation. Cette dernière était exécutée le 15 novembre. En enlevant le 29 novembre les sutures on reconnut la réunion complète par première intention, mais l'urine s'écoulait involontairement et c'était clair maintenant, que le reste de l'urèthre ne pouvait remplacer le sphincter et que l'unique issue était dans l'opération d'épisiocléisis cum fistula recto-vaginali artificiali.

Observation II. — Paysanne, âgée de 31 ans ; pendant son enfance était toujours bien portante. Elle ne se rappelle pas quand elle commença d'être réglée ; les règles duraient 3-5 jours et les premiers jours avec douleur. Elle n'est pas mariée et elle est accouchée une fois un an et demi auparavant, l'accouchement dura 2 jours et demi et l'enfant déjà mort fut extrait par le médecin. Après l'accouchement, la malade a été prise de fièvre, commença à uriner involontairement, et le 13 janvier 1896 elle vint nous consulter à la Maternité.

Malade très fortement conformée, taille 156. Les mesures du bassin : D. sp. 23. D. Cr. 28 D. Fr. 30. Conj. ext. 21. Les seins et les organes génitaux sont développés régulièrement. L'orifice externe de l'urèthre mène dans un conduit à un demi-centimètre de longueur. Le bord supérieur de la fistule est formé par un lambeau qui vient de la paroi postérieure du vagin.

Pas de museau de tanche ni d'orifice de l'utérus. On ne sent plus nulle part l'utérus. Sur la paroi postérieure du vagin se trouve une cicatrice demi-circulaire, laquelle entoure une fistule recto-vaginale à 1 centimètre de longueur.

La nature de la fistule vésico-vaginale et de la fistule recto-vaginale était telle qu'on ne pouvait pas penser les oblitérer directement, et une dernière ressource était d'oblitérer le canal génital au-dessous de la fistule, c'est-à-dire le procédé de kolpocléisis. Mais comme cette dernière opération deux fois exécutée n'a pas réussi et comme on pouvait ainsi penser qu'après le kolpocléisis la malade ne mictionnera pas aussi volontairement à cause de si petit reste de l'urèthre, on conclut de recourir comme

dans le premier cas à l'épisioclésis cum fistula recto-vaginali artificiali.

L'oblitération de la vulve combinée à la formation d'une fistule recto-vaginale, de manière à faire du vagin et de la partie inférieure du rectum un cloaque où l'urine accumulée peut être retenue par le sphincter anal, fut exécutée pour la première fois par Maisonneuve (1) en 1851. Après Maisonneuve, cette opération fut faite par Da Costa, Duarte. Puis on n'entendit plus parler de cette opération pendant quinze ans. C'est en 1875 seulement que Rose (2) la mit de nouveau en pratique et la dénomma *obliteratio vulvæ rectalis*. Depuis lors cette opération a été faite par beaucoup de chirurgiens : Cazin (3), Antal (4), Schrœder (5), Dittel (6), Kaltenbach (7), Fritsch (8) et Lebedeff (9).

Avant d'exécuter cette opération, nous devions résoudre les questions suivantes :

1° Est-il possible d'exécuter en général cette opération ?

La possibilité de cette opération est établie par les succès de Rose, d'Antal, une des deux opérations de Cazin, une de Dittel, une de Schrœder, une de Kaltenbach, deux de Fritsch, une de Lebedeff et enfin les deux miennes. Une des opérations de Cazin fut un insuccès, de même qu'une de Czerny (Lomer).

Le fait que cette opération est d'une grande difficulté est reconnu par tout le monde. Quoique Kaltenbach ait reçu le

---

(1) MALGAIGNE et LE FORT. *Manuel de méd. opérat.*, 9e édit., 1889, t. II, p. 747.

(2) *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Bd. IX.

(3) *Arch. gén. de méd.*, 1881, p. 275 et 436.

(4) *Archiv für Gynäkologie*. Bd. XVI, Hft. 2, p. 314.

(5) *Zeitschrift für Geburtshulfe u. Gynäkologie*. Bd. X, p. 126.

(6) *Wiener med. Jarhbücher*, 1881.

(7) *Centralblatt für Gynäkologie*, 1883, p. 716.

(8) *Centralblatt für Gynäkologie*, 1888, p. 804.

(9) *Wratch*, 1890, p. 833.

résultat favorable après deux mois et Lebedeff après un temps encore plus court, dans le cas de Rose la guérison n'arrive qu'après neuf mois, dans ceux de Schrœder après sept mois et dans celui de Dittel seulement après treize mois. Pour arriver à un résultat positif on a dû refaire l'opération deux et trois fois, même plus. Ce n'est que dans les cas les plus favorables qu'on a obtenu la guérison d'une seule opération.

Il est vrai de dire, par contre, que toutes les opérations de fistules exigent beaucoup de soins et qu'avec cette dernière on a des résultats allant constamment en s'améliorant. Ainsi dans mon second cas je suis parvenu à oblitérer la vulve beaucoup plus vite que dans ma première opération et c'est évidemment à cause de ma plus grande expérience. Je suis persuadé que dans des cas ultérieurs j'obtiendrai un résultat favorable dans un temps encore plus court parce que je pourrai éviter tout ce qui a nui à l'oblitération dans mes premières opérations.

2° Si cette opération est à exécuter il faut résoudre encore une autre question. Le sphincter anal peut-il suffire à retenir l'urine qui s'accumule dans la cavité rectale ? Cela est possible et est prouvé par tous les cas, dans lesquels l'oblitération de la vulve, et aussi par quelques cas analogues que nous trouvons dans la littérature. Cazin a publié l'histoire d'un soldat français chez qui, à la suite d'une plaie par arme à feu, s'était formée une fistule vésico-rectale ; ce soldat urinait par le rectum où il pouvait retenir l'urine pendant cinq à six quarts d'heure. De même un cas avec un enfant âgé de 9 ans, chez qui une déchirure du rectum avait suivi une opération de calcul et chez lequel s'était constituée une fistule vésico-rectale ; l'enfant pouvait aussi uriner par le rectum.

3° Jusqu'à présent on craignait que l'urine pût irriter beaucoup la muqueuse du rectum et par suite être la cause de diarrhée. Les cas de Maisonneuve et de Rose, dans lesquels l'autopsie fut faite, prouvent que cette crainte n'a

aucune raison d'être et que des malades souffrent au contraire de la constipation et non pas de diarrhée.

4° Encore une importante objection contre cette opération, c'est que le contenu rectal passe par la fistule dans le vagin et par sa décomposition peut être la cause de la formation de gaz et provoquer les douleurs au bas-ventre jusqu'à tel point qu'il faut quelquefois fendre les parties génitales déjà oblitérées, comme cela eut lieu dans le cas de Schrœder. Cazin et Kaltenbach étaient dans des conditions exceptionnellement favorables, parce que dans leurs cas il existait un pli de la muqueuse, qui par son bord libre fermait la fistule et de cette manière empêchait le passage du contenu rectal dans le vagin. Les mêmes conditions favorables qui existaient naturellement dans ces cas peuvent être créées chirurgicalement, selon l'opinion d'Andrejef, qui communique le cas de Lebedeff; il faut seulement former la fistule très bas, tout de suite au-dessus de l'anus, même au milieu des fibres supérieures du sphincter, c'est-à-dire là où n'existe pas de contenu intestinal. Il est dès lors très clair que, dans ce cas, le contenu ne peut pas passer dans le vagin.

Nous avons déjà dit que dans nos deux cas nous n'avions comme unique ressource pour guérir nos malades que l'opération d'épisiocléisis avec fistule recto-vaginale artificielle. Dans notre premier cas nous devions former tout d'abord la fistule rectale. Nous l'avons pratiquée, selon l'opinion d'Andrejef, au niveau des fibres supérieures du sphincter et dans ce but nous avons fait une incision à 1 centim. et demi de longueur dans la paroi antérieure rectale. L'incision fut suturée autour de ses bords et les fils ramenés par l'anus. Ensuite nous avons excisé de chaque côté de la vulve des lambeaux et nous avons suturé les surfaces avivées par des fils métalliques. Par la fistule rectale formée, comme nous l'avons dit, nous avons introduit dans le vagin un cathéter de Nélaton. Mais dès le premier jour qui suivit l'opération, nous avons remarqué que l'urine suintait par la vulve suturée. Le cathéter s'était obstrué ou avait été comprimé par

le sphincter; aussi, au lieu de cathéter nous avons introduit un tube de verre de l'épaisseur du doigt. Cela avait lieu le 25 janvier. Le 30 janvier, le tube et les ligatures de la fistule rectale furent enlevés; le 7 février, les sutures de la vulve. Les résultats de l'opération étaient les suivants : en haut, près du clitoris, nous avions une oblitération complète, mais en bas les bords de la plaie s'écartaient et ainsi se formait une ouverture par laquelle le doigt pouvait passer librement dans la partie antérieure du vagin. La suture de la vulve fut recommencée cinq fois et néanmoins il persistait toujours, quoique tout à fait petite, une fistule. Le tube de verre, introduit par la fistule recto-vaginale glissait constamment. A cause de cela, on dut, dans les dernières opérations, construire un appareil spécial en fixant au tube de verre, vers son extrémité, un tube de caoutchouc en croix. Cette disposition justifia nos espérances. Comme la malade était très affaiblie à cause de la répétition de l'opération, à cause de l'anesthésie chloroformique, et comme elle devait, tout le temps post-opératoire, rester sans bouger, nous l'avons envoyée à la campagne pour améliorer sa santé générale. Pendant le mois de juillet, une de nos sages-femmes nous apprit que le père de la malade, qui fréquentait de temps en temps le marché à la ville, a raconté que sa fille se portait tout à fait bien et qu'elle urinait maintenant régulièrement. J'ai réussi à persuader le père d'envoyer la malade à la ville, et quelque temps après, au mois d'août, elle se présenta chez moi. L'état général de la malade s'était considérablement amélioré. Elle nous raconta que pendant les premiers temps qui suivirent son retour, elle resta chez elle au lit; l'urine suintait comme auparavant. Mais peu à peu l'urine cessa de couler involontairement et la malade n'urine maintenant que trois à quatre fois dans les vingt-quatre heures et pendant la nuit elle peut retenir l'urine jusqu'au matin. A la place de la vulve nous trouvons une cicatrice forte et dans le rectum une fistule de telles dimensions que le doigt ne peut la franchir. La malade ne sent nulle part aucun mal, l'urine

est tout à fait claire et la réaction acide. Les selles sont aussi normales. En un mot, nous avons obtenu un résultat tout à fait favorable.

Notre second cas diffère du premier en ce que nous avions une fistule recto-vaginale déjà constituée assez large et située très haut. L'entrée du vagin était à la suite des deux tentatives antérieures de colpocléisis, si petite que même le doigt ne pouvait y passer. L'opération consista donc seulement dans l'oblitération de cet orifice. Mais après l'opération, il persista tout de même une fistule, quoique tout à fait petite, dans l'angle supérieur de la plaie. Probablement cet orifice s'oblitérait de temps en temps, car la malade pouvait de temps en temps retenir l'urine; mais comme cela avait lieu d'une manière intermittente, nous fûmes forcé d'oblitérer de nouveau cette petite fistule. Grâce à une vaste surface d'avivement et à trois étages de sutures, nous avons obtenu enfin une oblitération complète. Dans cette dernière opération nous avions employé les fils de soie parce que dans les derniers temps nous employons toujours dans toutes nos opérations les sutures exclusivement à la soie bien stérilisées.

Quant à la technique de l'opération, je dois appeler l'attention sur les conditions suivantes qu'il faut toujours observer pour arriver à un résultat favorable :

1) Lorsqu'on a le choix, comme dans notre premier cas, il faut faire l'incision destinée à former la fistule recto-vaginale au-dessus du sphincter à travers ses fibres supérieures.

2) Pour assurer le libre écoulement de l'urine pendant les premiers temps après l'opération, il faut se servir d'un tube de verre garni d'un tube de caoutchouc en croix et l'introduire par l'anus et par la fistule rectale jusque dans le vagin.

3) L'irrigation continue du champ opératoire me semble nuisible, principalement dans les cas où les tissus cicatriciels sont inanimés et anémiques.

CONSIDÉRATIONS SUR LES MOULAGES DE 80 CAVITÉS UTÉRINES NORMALES OU PATHOLOGIQUES (1)

Par M. le Dr P. **Mauclaire,**
Prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

Étant données les interventions si nombreuses que l'on pratique actuellement sur l'utérus, il nous a paru intéressant de faire des moulages, afin de voir si la cavité de cet organe présentait des anomalies de forme. Ce travail, déjà fait par le professeur Guyon, en 1858, méritait d'être repris à nouveau, et encore plus complètement que nous l'avons fait, surtout pour les cas pathologiques.

Nous avons examiné et moulé 36 utérus, sans lésions utérines ou annexielles ; 4 utérus en déviation ; 6 avec salpingo-ovarites ; 5 avec des polypes muqueux ; 9 avec des fibromes interstitiels ; 2 avec un kyste salpingo-ovarien et 18 utérus normaux et dilatés avec des tiges de laminaires. Soit, en tout, 80 moulages. — Ceux-ci ont été faits à la vulgaire cire jaune, qui est préférable au plâtre et à quelques mélanges que nous avions essayés tout d'abord.

Voici quelques détails préliminaires sur ces moulages :

Enfant de 21 mois. — Longueur du moule, 27 millimètres. Cavité du col et du corps normales. Celle du col est aussi longue que celle du corps.

Nullipare, 18 ans. — Moulage ayant une forme bi-conique et de 5 centimètres de longueur.

Vierge, 19 ans. — Longueur totale du moule, 54 millimètres. Cornes utérines symétriques.

Nullipare, 18 ans. — Cavités du col et du corps très peu larges. Les deux cornes utérines s'écartent obliquement et ont une longueur d'un bon centimètre. Elles sont pointues, acérées et symétriques.

(1) Une partie de ce travail a déjà été publiée au *Congrès de gynécologie de Bordeaux*, 1895.

Nullipare, 21 ans. — Moulage bi-conique de 45 millimètres. Cornes peu marquées, arrondies et symétriques.

Multipare, 25 ans. — Moulage bi-conique de 50 millimètres de longueur. Cornes peu marquées, arrondies et symétriques.

Multipare, 25 ans. — Moulage bi-conique de 45 millimètres. Cornes peu marquées, arrondies et symétriques.

Multipare, 25 ans. — Métrite, granulations polypoïdes sur la face antérieure de la cavité du corps. Petit fibrome interstitiel, au

Fig. 1. — Utérus sans lésions. Cornes pointues un peu asymétriques (grandeur naturelle).

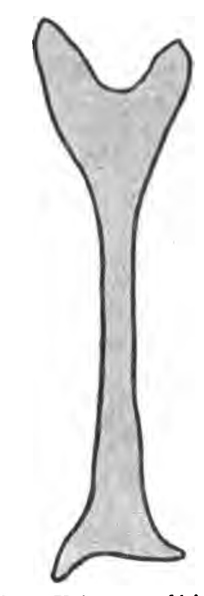


Fig. 2. — Utérus sans lésions. Cornes asymétriques en « ailes de papillon » (grandeur naturelle).

niveau de la corne utérine droite. Longueur totale du moule, 60 millimètres. Cavité du corps très grande relativement à celle du col, cornes pointues et symétriques.

Multipare, 25 ans. — Moulage bi-conique à cône supérieur franchement bicorne. Longueur totale du moule, 54 millimètres. Cornes très marquées et ponctuées (fig. 1).

Multipare, 34 ans. — Cavité totale très longue. Isthme et col très longs et hypertrophiés. Longueur totale, 65 millimètres. Les

cornes s'écartent obliquement en lames, simulant des ailes de papillon asymétriques (fig. 2).

Nullipare, 40 ans. — Moulage bi-conique de 58 millimètres de longueur. Cornes peu marquées et symétriques.

Nullipare, 47 ans. — Moulage bi-conique de 52 millimètres. Cornes peu marquées et symétriques.

Nullipare, 50 ans. — Petit fibrome, au niveau de l'insertion des deux cornes utérines. Le moule semble n'avoir qu'une corne, mais celle-ci se détache obliquement et elle est très longue. A droite, la corne est très petite. L'inégalité des deux cornes est très frappante.

Fig. 3. — Cornes larges et asymétriques (grandeur naturelle).

Fig. 4. —Utérus sans lésions. Cornes asymétriques (grandeur naturelle).

Nullipare, 50 ans. — Moulage bi-conique à cône supérieur bicorne ; longueur totale : 59 millimètres. Cornes très marquées et symétriques.

Nullipare, 57 ans. — L'utérus est plutôt arrondi dans son ensemble. La cavité du col et de l'isthme est très petite et cylindrique. Cornes larges peu symétriques et s'étalant obliquement. Longueur totale de la cavité utérine, 45 millimètres (fig. 3).

Nullipare, 62 ans. — Moule bi-conique de 55 millimètres. Cornes peu marquées et symétriques.

Multipare, 50 ans. — Moule bi-conique. Cornes asymétriques (fig. 4). Cavité du corps très grande relativement à celle du col qui a disparu. Longueur totale du moule, 54 millimètres.

Multipare, 55 ans. — Petit fibrome sous-péritonéal. Cornes en pointes, l'une presque verticale, l'autre oblique. Longueur totale du moule, 78 millimètres.

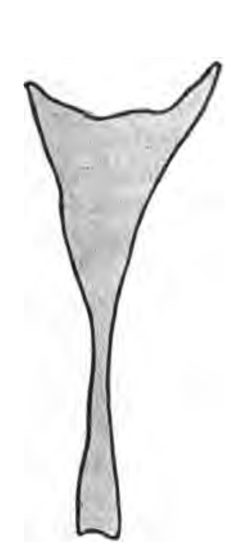


FIG. 5. — Utérus sans lésions. Cornes asymétriques (grandeur naturelle).

FIG. 6. — Moulage avec cornes utérines dirigées en haut et en arrière en « antennes ». Le croissant supérieur indique cette rétrodéviation des cornes utérines sur une coupe horizontale faite en A B (grandeur naturelle).

Multipare, 55 ans. — Moule bi-conique. Cornes asymétriques, comme forme et comme direction. Longueur totale du moule, 66 millimètres.

Multipare, 60 ans. — Moulage bi-conique. Cornes asymétriques (fig. 5). Longueur totale du moule, 57 millimètres.

Multipare, 68 ans. — Moulage bi-conique. Longueur totale du moule, 50 millimètres. Cornes symétriques.

Multipare, 25 ans. — Moule bi-conique. Longueur totale du moule, 53 millimètres. Cornes symétriques.

14 utérus d'adultes d'âge indéterminé ont donné des moulages bi-coniques avec symétrie des cornes analogues à celles déja signalées. Notons en outre l'existence de cornes utérines déviées en arrière et en haut, ce qui leur donne l'aspect « d'antennes » (fig. 6).

Dans plusieurscas, d'autre part, nous constatons que l'axe de la cavité du corps n'est pas dans le prolongement de celle de l'isthme et de celle du col, il est parfois dévié à droite ou à gauche (fig. 7), ce qui sur le vivant pourrait faire croire à une déviation latérale de l'utérus. D'autre part, des cornes utérines très courbes et pointues forment par leur réunion une sorte de croissant (fig. 8).

Utérus déviés. — Nullipare, 24 ans. — Utérus en antéversion. — Cavité très petite. Longueur totale, 40 millimètres. Isthme très étroit ; aussi le moulage est mal réussi.

Utérus d'adulte d'âge indéterminé et en rétroversion ; même cavité et même moulage.

Nullipare, 20 ans. — Utérus en rétroversion. — Cavité petite. Légère salpingite. Longueur totale du moule, 40 millimètres. Isthme très étroit, aussi le moulage est très fragmenté.

Utérus d'adulte d'âge indéterminé et en rétroversion, même cavité et même moulage.

Utérus avec salpingite et métrite. — Nullipare, 41 ans. — Salpingo-ovarite suppurée double. — Dilatation avec une laminaire. Les trompes ne se sont pas vidées par cette dilatation. Longueur du moulage, 78 millimètres. Forme peu étalée au niveau du corps. Largeur du moulage du col, 1 centimètre ; celle du corps 1^{cm} 1/2 c. fig.) 9.

Multipare, 35 ans. — Salpingite kystique et métrite ; fongueuse étendue. En comprimant la trompe, il a été impossible de la vider par l'utérus. Moule bi-conique, la cavité du col et l'isthme ont la même largeur. Longueur totale du moule, 49 millimètres. Cornes asymétriques, comme forme et comme direction.

Multipare, âge (?). — Salpingite kystique avec métrite ; comme dans le cas précédent, on ne peut par expression vider la trompe. Longueur totale du moule, 50 millimètres. Du côté de la trompe

malade la corne est plus dilatée. Le moule est épais au niveau du corps.

Multipare, âge (?). — Petite salpingite kystique à droite, à gauche trompe sinueuse dans le sens vertical et non dilatée. L'utérus

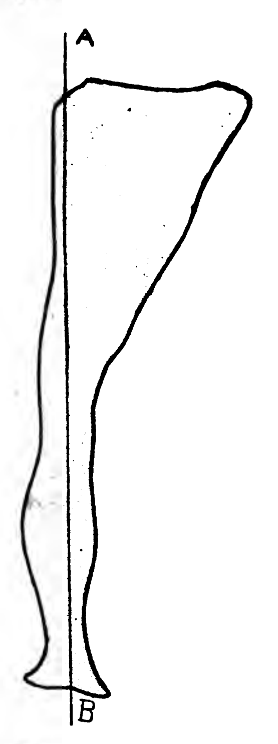


Fig. 7. — Cavité asymétrique du corps par rapport à l'axe de l'isthme et du col. Polype muqueux au niveau de l'embouchure utérine de la trompe gauche (grandeur naturelle).

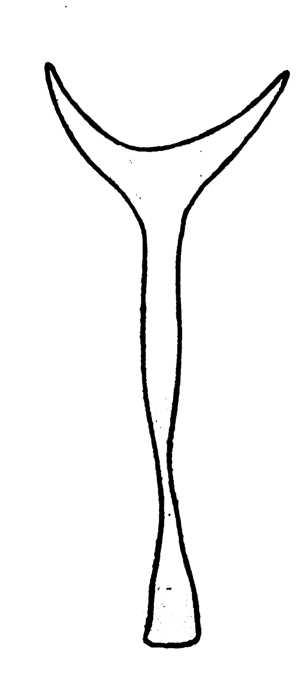


Fig. 8. — Moulages avec cornes utérines très courbes en forme de « croissant » (grandeur naturelle).

est très petit, et ressemble à ce qui a été décrit sous le nom d'utérus infantile. La trompe a aussi l'aspect de ce que Freund a décrit sous le nom de trompes infantiles. Moulage, longueur 42 millimètres, cornes peu développées et non complètement moulées.

Utérus avec polypes muqueux. — Multipare, 45 ans. — Petit polype fibro-muqueux, gros comme un pois et siégeant sur la face antérieure de l'utérus. Le moulage présente une longueur totale de 60 millimètres. L'allongement est formé aux dépens de l'isthme et de la cavité du corps. Les deux cornes utérines sont très profondes, pointues et symétriques (fig. 10).

FIG. 9. — Nullipare. Salpingo-ovarite suppurée. Dilatation avec une laminaire. — Les traits pointillés représentent la partie du moulage qui manque (grandeur naturelle).

FIG. 10. — Moulage d'utérus avec polype muqueux. Cornes légèrement asymétriques (grandeur naturelle).

Multipare, 58 ans. — Petit polype muqueux, situé juste au niveau de l'embouchure de la corne utérine gauche. C'est un polype plat en forme de langue de chat. La longueur totale de la cavité est de 78 millimètres, sur la ligne médiane, et de 84 millimètres, si l'on tient compte des cornes utérines qui remontent très au-dessus du fond de l'utérus. Celles-ci sont symétriques (fig. 11).

Multipare, 68 ans. — Polype muqueux, gros comme une petite

noix, dans la cavité du corps. Longueur totale : 83 millimètres. Les cornes sont symétriques.

Nullipare, 74 ans. — (Cancer du rectum. Mort par généralisation.) — Utérus gros. L'injection de cire n'a pas pénétré. Ouverture de l'utérus. On trouve un petit polype muqueux oblitérant la

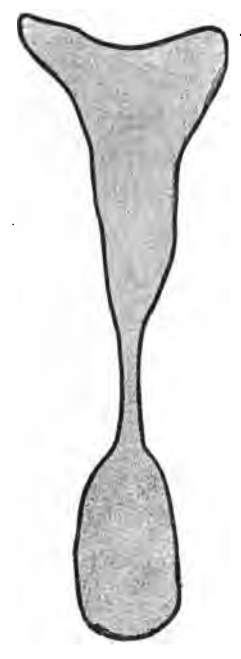


Fig. 11. — Moulage d'un utérus avec polype muqueux au niveau de la corne utérine gauche (grandeur naturelle).

Fig. 12. — Moulage d'un utérus dont la cavité du corps présentait un polype muqueux à l'embouchure des deux trompes, 68 ans (grandeur naturelle).

cavité du col et dans la cavité du corps, *une masse polypeuse* ayant la forme de cette cavité. Longueur totale de ce moulage naturel : 32 millimètres. Épaisseur : 15 millimètres. Hauteur : 33 millimètres. Cornes arrondies en lames, plates et symétriques.

Structure de ce polype : tissu conjonctif très lâche, recouvert d'épithélium cilié.

Multipare, âge (?). — Polype muqueux à l'embouchure de la trompe gauche et un autre du côté opposé. Longueur totale du moule, 75 millimètres (fig. 12), corne irrégulière à cause de polypes.

Utérus fibromateux. — Multipare, 35 ans. — Petit fibrome interstitiel. Moule de 60 millimètres de longueur. Col très large, puis conduit cylindrique, puis cavité du corps aplatie. Sur ce moulage, on voit la paroi supérieure déprimée par la saillie de la paroi correspondante de l'utérus. La corne du côté droit était très profonde et l'injection n'a pas pu pénétrer jusqu'à l'extrémité. Les deux cornes utérines étaient de longueur inégale et asymétriques comme forme.

Multipare, 35 ans. — Petit fibrome interstitiel, gros comme une noix, déviant l'axe de la cavité utérine à droite. Longueur, 64 millimètres. La corne droite forme une poche très profonde dans laquelle l'injection n'a pas pu pénétrer.

A gauche, la corne utérine est aplatie. Asymétrie des cornes très marquée comme forme, comme capacité et comme direction.

Nullipare, 45 ans. — Fibrome interstitiel. Cavité restée petite. Longueur, 5 centimètres. Moule très peu épais. Cornes symétriques.

Nullipare (?), 73 ans. — Fibrome développé surtout aux dépens de la moitié postérieure de l'utérus. Longueur du moulage : 88 millimètres. Cavité du col large de 2 centimètres. Celle du corps, 24 millimètres. Épaisseur maxima du moule, 15 millimètres. Au niveau de l'isthme, petit conduit cylindrique de 1 centimètre de longueur et 3 millimètres d'épaisseur. Cornes symétriques.

Multipare, 55 ans. — Fibrome interstitiel ayant dévié la cavité utérine à gauche et faisant presque disparaître la corne utérine droite. Longueur totale du moulage : 49 millimètres. Corne utérine gauche s'écartant obliquement et longue de 1 centimètre. L'asymétrie des cornes est très frappante.

Utérus, fibrome déviant la cavité; âge (?).— Le fibrome interstitiel siège sur la face postérieure de l'organe. La cavité a une forme incurvée à concavité postérieure. Le moule donne une idée exacte de la déformation (fig. 13 et 14). Longueur totale, 88 millimètres; cavité de l'utérus très petite. Déformation des cornes utérines et compression de leur embouchure.

Utérus ; fibromes insterstitiels multiples. Longueur totale,

80 millimètres. Augmentation du volume de la cavité du corps et du col. Isthme resté étroit.

Deux cas d'utérus avec fibromes sous-péritonéaux. Moulages de la cavité normaux.

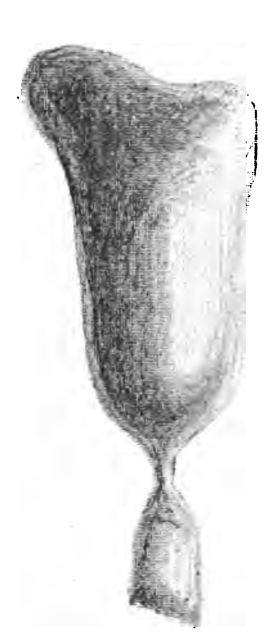


FIG. 13. — Moulage vu de face par sa convexité. Diminution de volume et compression de la corne utérine gauche et de l'embouchure de la trompe du côté correspondant (grandeur naturelle).

FIG. 14. — Même moulage vu de profil et placé sur un plan horizontal. Le bord gauche du moulage descend plus bas que le bord droit (grandeur naturelle).

Utérus dilatés artificiellement. — Nullipare, 45 ans. — Kyste salpingo-ovarien gros comme une tête de fœtus. L'utérus est petit, infantile. Dilatation avec une tige de laminaire. La cavité est restée cylindrique, même au niveau du corps. Longueur, 59 millimètres. Forme nettement cylindrique et d'un diamètre de 1 centimètre. Cornes symétriques, non dilatées par la tige de laminaire.

Nullipare, âge (?). — Petit kyste salpingo-ovarien. Utérus petit également infantile avec légère antéversion. Dilatation avec tige laminaire. Moulage cylindrique.

Nullipare, 27 ans. — Utérus gros. Dilatation avec une laminaire. Longueur du moulage : 64 millimètres. Forme cylindrique dans les quatre cinquièmes inférieurs et aplatie dans le cinquième supérieur. Au niveau de l'extrémité supérieure, la largeur du moule est de 40 millimètres. Cornes symétriques en ailes de papillon non dilatées par la tige de laminaire (fig. 15 et fig. 16).

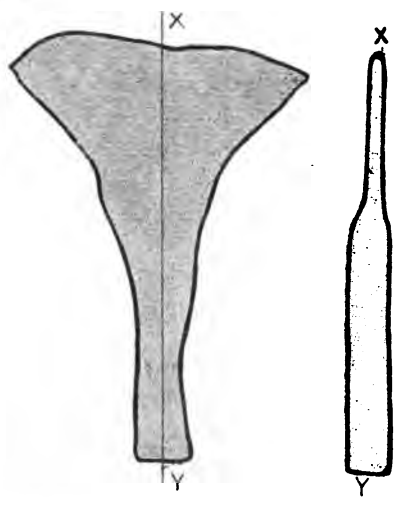


FIG. 15. FIG. 16.

FIG. 15 et 16. — Utérus (27 ans) avec métrite. Dilatation au laminaire. La cavité du col et celle de l'isthme sont spacieuses. Celle du corps est étalée et très plate, comme le montre la coupe (fig. 15) faite suivant la ligne XY; les cornes ont une forme arrondie en « ailes de papillon » (grandeur naturelle).

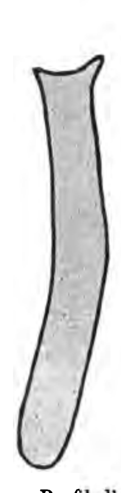


FIG. 17. — Profil d'un moulage d'utérus dilaté. La tige de laminaire n'a pas dilaté les cornes utérines. Légère antéversion (grandeur naturelle).

Nullipare, 44 ans. — Dilatation avec une laminaire. Longueur, 60 millimètres. Plus d'isthme. Col et isthme nettement cylindriques. Cavité du corps aplatie. Cornes non dilatées par la tige de laminaire (fig. 17).

Multipare, 55 ans. — Dilatation avec une laminaire. Moule cylindrique. Longueur, 53 millimètres. Cornes non dilatées par la tige de laminaire.

Nullipare, 55 ans. — Dilatation. Moulage cylindrique. Longueur, 54 millimètres. Cornes non dilatées par la tige de laminaire.

Multipare, 55 ans. — Dilatation. Moulage cylindrique. Longueur 51 millimètres. Cornes non dilatées par la tige de laminaire.

Nullipare, 55 ans. — Polype muqueux, au niveau de l'embouchure de la trompe utérine gauche. Moulage cylindrique. Longueur, 58 millimètres. Cornes non dilatées par la tige de laminaire.

Multipare, 55 ans. — Dilatation. Moulage un peu aplati. Longueur 46 millimètres. Cornes non dilatées par la tige de laminaire.

Multipare, 55 ans. — Dilatation. Moulage cylindrique. Longueur 60 millimètres. Cornes non dilatées par la tige de laminaire.

Multipare (?), 88 ans. — Dilatation avec une laminaire. Longueur, 75 millimètres. Plus d'isthme. Longueur au niveau du col, 1 centimètre. Au niveau du corps, 18 millimètres. Épaisseur, 8 millimètres. Cornes non dilatées par la tige de laminaire.

9 utérus d'adultes dont l'âge n'a pu être déterminé ont donné sur la dilatation des moulages analogues, c'est-à-dire cylindriques.

Toutes ces injections ont été faites sur des utérus conservés dans du chloral, de manière à ne pas modifier la forme de l'organe. Elles ont été pratiquées à l'aide d'une pression lente et continue pour ne pas déprimer inégalement les parois utérines ni les cornes utérines, fait auquel on pourrait attribuer l'asymétrie que nous avons observée dans la forme des cornes utérines. Nous avions toujours soin de passer une sonde cannelée dans la cavité utérine, ainsi qu'un peu d'eau chaude qui était ensuite exprimée complètement. L'utérus était ensuite suspendu par son col pour éviter toute compression et par suite toute déformation du moule.

Nous avons toujours contrôlé la forme du moulage et celle de l'utérus pour éviter, autant que possible, des erreurs de technique; un point qui nous a beaucoup frappé, c'est la grande variabilité que présente l'épaisseur des parois utérines

suivant les sujets, même quand il n'y a pas de métrite. Enfin, nous ferons remarquer qu'avec d'autres auteurs, nous avons pu constater que l'utérus, chez le cadavre, est bien moins souple que l'utérus chez le vivant ; les résultats de nos dilatations avec les tiges de laminaire en sont la preuve. Enfin, les moulages faits pendant l'été sont beaucoup mieux réussis que ceux faits pendant l'hiver.

Des pièces justificatives qui précèdent, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

Au point de vue anatomique, la forme de la cavité utérine nous paraît présenter d'assez nombreuses variations, surtout au niveau des cornes utérines. Tantôt celles-ci se détachent horizontalement, c'est-à-dire à angle droit, mais jamais à angle aigu ; tantôt à angle obtus, c'est-à-dire obliquement en haut et en dehors, sur une hauteur d'un bon centimètre. Ces cornes sont tantôt en pointes acérées, tantôt en lames ou en ailes de papillon. Les deux cornes ne sont pas toujours symétriques comme forme et comme direction ; ainsi l'une peut s'écarter verticalement et l'autre obliquement. Depuis les cornes pointues jusqu'aux cornes larges et étalées, on trouve tous les intermédiaires. De même, depuis les cornes à direction horizontales jusqu'à celles presque verticales, on note tous les intermédiaires. De plus, ces cornes peuvent se dévier soit en avant, soit en arrière par rapport à l'axe longitudinal de la cavité. Elles forment comme des « antennes ». L'axe de la cavité du corps n'est pas toujours dans le prolongement de celle de l'isthme et de celle du col, il est parfois dévié ou à droite ou à gauche, ce qui pourrait faire croire sur le vivant à une déviation latérale de l'utérus, — quand les deux cornes utérines sont très courbées et très pointues, elles forment un véritable croissant.

Jamais, par l'utérus, je n'ai pu injecter les trompes en me servant de la cire, résultat que quelques auteurs disent cependant avoir obtenu ; peut-être ont-ils simplement injecté une de ces cornes utérines très pointues et prolon-

gées, comme nous en avons donné quelques exemples, ou bien sont-ils tombés sur des cas de dilatation légère de l'embouchure utérine des trompes. Sur 22 utérus, au delà de 50 ans, je n'ai pas trouvé d'oblitération de l'orifice interne. L'orifice externe du col était oblitéré dans un cas, mais il fut facile de le rétablir.

Au point de vue pathologique, plusieurs faits intéressants sont à noter. Dans un cas d'hypertrophie du col et de l'isthme, hypertrophie de Huguier, la longueur totale de la cavité était de 78 millimètres. Dans le cas de déviations utérines, la cavité de la matrice est très petite dans toutes ses dimensions, l'isthme est très étroit et très difficile à franchir par les injections. Dans un cas de salpingo-ovarite suppurée, la dilatation avec la laminaire n'a pas fait évacuer l'épanchement de la trompe ; la longueur totale de la cavité était, dans ce cas, de 78 millimètres. Dans trois cas de salpingite kystique la déformation de la cavité utérine était peu marquée.

Dans cinq cas de polypes muqueux, il est à noter que ces polypes s'inséraient au niveau de l'embouchure des trompes dans l'utérus. La cavité de celui-ci était plus grande qu'à l'état normal. Dans un cas, le polype avait exactement la forme de la cavité du corps.

L'augmentation de la cavité utérine est assez marquée dans le cas de métrite, comme le démontrent les moules qui sont plus épais.

Dans neuf cas de fibromes interstitiels, la longueur de la cavité utérine est très grande. De plus, elle est parfois déviée totalement à droite ou à gauche, une des cornes peut se placer dans la direction de la cavité, l'autre corne utérine étant oblitérée ; tantôt une des cornes est très dilatée et forme comme une troisième cavité superposée à celle du col et à celle du corps.

Dans deux cas de kyste salpingo-ovarien, l'utérus était petit, infantile.

Dans dix-huit cas d'utérus dilatés avec la laminaire, on

donne au col et à l'isthme une forme cylindrique, et le moule total a souvent cette même forme cylindrique. Malgré cette dilatation, les cornes utérines ne se dilatent pas en proportion, elles restent, par conséquent, peu accessibles aux instruments employés pendant le curettage, sauf les instruments assez pointus; mais ceux-ci sont dangereux en ce point, puisque la majorité des perforations utérines, aux cours du curettage, se produisent au niveau du fond de l'utérus (voir thèse *Colle*, Lille, 1892). En effet, il est facile de constater qu'au niveau des cornes utérines, l'épaisseur de l'utérus est très faible et, dans le cas de métrite fongueuse, la friabilité de l'utérus est augmentée; c'est donc en ce point que les perforations peuvent se produire le plus facilement.

La difficulté de nettoyer les cornes utérines, surtout dans les cas où elles se détachent obliquement en dehors sous forme de pointes acérées, explique la grande fréquence des récidives de la métrite après les curettages, quand il n'y a pas de salpingite concomitante.

Enfin, cette direction tantôt horizontale, tantôt oblique ascendante des cornes utérines, nous explique les difficultés que l'on a rencontrées dans le cathétérisme des trompes et dans les essais d'endoscopie utérine; l'embouchure des trompes vient se faire soit à angle droit dans les cas de cornes utérines très pointues, soit à angle arrondi dans les cas de cornes plates et courtes en ailes de papillon; celles-ci seraient plus faciles à cathétériser. Enfin, l'existence de fibromes interstitiels au niveau des cornes utérines et l'abouchement variable des trompes, soit à angle arrondi, soit à angle aigu, joue certainement un rôle sur la rétention des liquides dans les conduits tubaires et, partant, favorise l'infection de ceux-ci de même que la rétention d'urine favorise l'infection urinaire.

REVUE CLINIQUE

UN CAS DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE INTRA-PARIÉTALE

Par **Rosenthal** (1).

Le 8 janvier 1896, le Dr Rosenthal a été appelé auprès d'une malade de 28 ans, se plaignant de douleurs constantes dans le bas-ventre. Réglée pour la première fois à 16 ans, huit jours après le mariage, jusqu'à 22 ans les règles revenaient irrégulièrement tous les trois ou quatre mois, mais depuis six ans elle les voit tous les 28 jours, d'une durée de quatre à cinq jours et assez abondantes. Pendant huit ans n'avait pas d'enfants (avec son premier mari). Depuis son deuxième mariage, il y a quatre ans, elle a eu 2 enfants à terme, le dernier il y a seize mois. Il y a quinze semaines a eu ses dernières règles, assez abondantes, qui ont duré comme d'habitude quatre à cinq jours.

Il y a quinze semaines, c'est-à-dire les 6 à 7 semaines de grossesse, à table pendant le déjeuner la malade s'est sentie tout d'un coup mal, est tombée sans connaissance avec tous les signes d'un collapsus : absence de pouls, vomissements, etc.

A l'aide des moyens existants, la malade est revenue à elle-même, les signes de collapsus ont disparu, il n'est resté qu'une douleur dans le ventre, qui était très sensible. Trois jours se passèrent, la malade a quitté le lit, a commencé à marcher, continuant à souffrir du ventre, qui augmentait de volume. Il y a huit jours les douleurs sont devenues très vives, presque constantes, la privaient du sommeil.

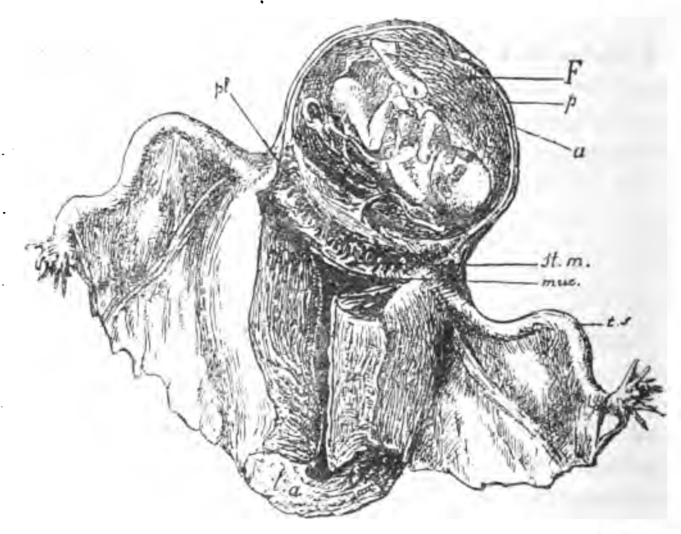
Dans le côté gauche du ventre, tumeur commençant à la région inguinale et remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur est sentie également dans le cul-de-sac gauche, sensible au toucher;

---

(1) Observation traduite du russe par Mme Rechtsamer, Dr en médecine. *Journal d'accouchement et de gynécologie;* Saint-Pétersbourg, septembre 1896, p. 962.

la consistance n'a pas pu être déterminée par suite de l'épaisseur du tégument de l'abdomen. Matité. Aucun bruit.

Examen sous chloroforme. — Coloration de la muqueuse de la vulve et du vagin normale. Le doigt pénètre jusqu'à l'orifice interne. L'utérus augmenté un peu de volume, en antéversion, longueur de la cavité 7 cent. et demi. Rien dans les culs-de-sac postérieur et droit; dans le cul-de-sac gauche on sent une partie de la tumeur. Elle est mobile en haut et à droite, déplace l'utérus



l.a. Surface de section de l'utérus pendant l'hystérectomie. – *u.* Paroi antérieure de l'utérus fendu. —*t.s.* Trompe gauche. — *F.* sac fœtal. —*p.* Péritoine. — *a.* Amnios. —*pl.* Placenta. — *mue.* Muqueuse utérine. —*st. m.* Couche musculaire intermédiaire au placenta et à la muqueuse du fond de l'utérus.

à droite; il est difficile de la séparer de ce dernier, on dirait qu'elle est unie à lui par un pédicule large, plat. Les mouvements communiqués à la tumeur se transmettent un peu à l'utérus. La tumeur est assez dure, pas de fluctuation.

Diagnostic. — Grossesse extra-utérine; d'après la situation de la tumeur, l'auteur a exclu la grossesse tubaire, il croyait à une grossesse abdominale par rupture d'une grossesso tubaire, survenue la sixième semaine de la grossesse.

A l'ouverture de l'abdomen, tumeur, recouverte dans sa partie supérieure par l'épiploon, grosse comme une tête d'un homme adulte, est constituée de deux parties : partie inféro-utérine épaissie ; partie supéro-fœtale, située sur la paroi supéro-latérale gauche de l'utérus. Sous la poche, la trompe et l'ovaire normaux. Du côté droit, les annexes sont situées plus haut. Cette poche avait pour tégument le péritoine distendu qui recouvrait l'utérus.

La tumeur avec l'utérus ont été enlevés.

Cinq jours après l'opération la malade a commencé à avoir des écoulements ressemblant à des lochies qui ont duré deux jours ; le 21 mars la malade a quitté l'hôpital.

La poche fœtale a été ouverte, un liquide amniotique clair s'en est écoulé, un fœtus de 4 mois et demi s'y trouvait, vivant, qui après avoir fait plusieurs mouvements respiratoires, est mort. Le placenta est fixé au fond du sac, adhère à l'utérus et ferme l'orifice utérin de la trompe gauche. Entre la muqueuse du fond de l'utérus et le placenta se trouve une couche musculaire n'ayant pas plus de 3 millim. d'épaisseur. La paroi du sac fœtal (poche fœtale) est formée de l'amnios et du péritoine très distendu du fond de l'utérus. Entre ces deux membranes on ne trouve aucun élément musculaire. En incisant la paroi antérieure de l'utérus, on trouve sa muqueuse épaissie ; le fond utérin — la muqueuse et le placenta et entre eux la couche musculaire sus-mentionnée de 3 millim. d'épaisseur.

Entre la cavité utérine et celle de la poche fœtale aucun orifice de communication.

L'auteur croit que l'œuf fécondé a été retenu dans la partie de la trompe qui traverse la couche musculaire utérine et en se développant a rompu la paroi supérieure de la trompe (collapsus la septième semaine de grossesse), est sorti dans le parenchyme utérin et en distendant peu à peu la couche musculaire a provoqué l'atrophie des muscles du fond de l'utérus. Il considère cette grossesse comme une véritable grossesse intra-pariétale

---

[illegible] DES SUBSTANCES
[illegible] ou histothérapie

ovariennes). — Ainsi que nous l'avons noté plus haut, Chroback (1) songea à administrer de la substance ovarique contre les accidents multiples observés si communément surtout à la suite de la ménopause artificielle. Il savait du reste que semblables tentatives avaient été faites par Mainzer (2). La première fois que Chrobak ordonna de la substance ovarique, ce fut en 1895, à une femme de 47 ans, qui, en 1889, avait subi la castration ovarique et qui, depuis cette époque, était sujette aux accidents multiples de la ménopause prématurée. La malade prit du tissu d'ovaire de génisse, dégraissé, haché menu, à la dose quotidienne de 1 gr. 5 à 2 gr. La médication fut bien tolérée, mais le résultat ne fut pas concluant. Chrobak pensa que les résultats seraient peut-être plus nets si l'on administrait des ovaires de vache en pleine activité sexuelle. La substance ovarique choisie et préparée avec beaucoup de soins fut administrée sous forme de pastilles, contenant 0,20 centigr. de tissu ovarique, à la dose de 2 à 4 par jour (0,40 à 8,80 centigr.). Six fois, il s'agissait de femmes auxquelles on avait enlevé les ovaires, une fois d'une femme qui, avec des organes génitaux normaux, souffrait d'accidents de molimen climatérique (klimaterische Molimina). Des 6 femmes castrées, trois n'étaient pas en traitement depuis assez longtemps pour qu'on pût consigner des résultats appréciables. *Les trois autres affirmèrent que, déjà après avoir pris douze pastilles, les crises douloureuses étaient réduites de moitié.* Également, la femme qui, avec un appareil génital intact, souffrait d'accidents analogues à ceux de la ménopause, se déclara très soulagée de l'usage du médicament. Toutefois, Chrobak présente avec beaucoup de réserves ces résultats qu'il n'a pu soumettre à un contrôle assez rigoureux.

Mainzer (de Berlin) avait également employé, sous forme

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 20, p, 521.

(2) *Deutsch. med. Wochensch.*, 1896, n° 12, et *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 32, p. 844.

A *l'autopsie*, on trouva : 1° dans l'épaisseur de la paroi abdominale, un corps plus gros qu'un grain de chènevis tranchant sur les tissus avoisinants par sa couleur jaune; 2° à gauche de l'utérus, au contact immédiat de la corne utérine, un corps de la grosseur à peu près d'une lentille, et qui déjà, à l'examen macroscopique seul, du fait de la présence de deux follicules de Graaf, se révélait comme représentant le reste de l'ovaire transplanté.

De *l'examen microscopique* de ces deux corps, examen qui démontra qu'il s'agissait bien des restes des ovaires transplantés, aussi bien que des observations similaires faites sur les deux autres lapines, Knauer tire les conclusions suivantes :

1° On peut, chez la lapine, transplanter les ovaires en des régions éloignées du siège normal de ces organes.

2° On peut les greffer aussi bien sur le péritoine qu'entre les éléments musculaires.

3° Et non seulement la nutrition des ovaires ainsi transplantés se fait, mais ils fonctionnent, c'est-à-dire que l'ovulation s'y accomplit, que des œufs s'y forment, qu'ils y arrivent à maturation, que peut-être même, le cas échéant, le processus pourrait aller jusqu'à la ponte ovulaire.

L'auteur se réserve de revenir, après une observation plus prolongée, sur les résultats définitifs de la transplantation ovarique, sur les résultats de la transplantation faite avec des ovaires provenant d'autres sujets, enfin sur des tentatives de fécondation, etc.

D'ailleurs, nous n'avons pas connaissance que des transplantations de ce genre, et dans le but thérapeutique entrevu par Chrobak, aient été encore faites sur la femme.

* * *

USAGES THÉRAPEUTIQUES DU TISSU OU DES SUBSTANCES EXTRAITES DES OVAIRES (opothérapie ou histothérapie

[illegible]

ovariennes). — Ainsi que nous l'avons noté plus haut, Chroback (1) songea à administrer de la substance ovarique contre les accidents multiples observés si communément surtout à la suite de la ménopause artificielle. Il savait du reste que semblables tentatives avaient été faites par Mainzer (2). La première fois que Chrobak ordonna de la substance ovarique, ce fut en 1895, à une femme de 47 ans, qui, en 1889, avait subi la castration ovarique et qui, depuis cette époque, était sujette aux accidents multiples de la ménopause prématurée. La malade prit du tissu d'ovaire de génisse, dégraissé, haché menu, à la dose quotidienne de 1 gr. 5 à 2 gr. La médication fut bien tolérée, mais le résultat ne fut pas concluant. Chrobak pensa que les résultats seraient peut-être plus nets si l'on administrait des ovaires de vache en pleine activité sexuelle. La substance ovarique choisie et préparée avec beaucoup de soins fut administrée sous forme de pastilles, contenant 0,20 centigr. de tissu ovarique, à la dose de 2 à 4 par jour (0,40 à 8,80 centigr.). Six fois, il s'agissait de femmes auxquelles on avait enlevé les ovaires, une fois d'une femme qui, avec des organes génitaux normaux, souffrait d'accidents de molimen climatérique (klimaterische Molimina). Des 6 femmes castrées, trois n'étaient pas en traitement depuis assez longtemps pour qu'on pût consigner des résultats appréciables. *Les trois autres affirmèrent que, déjà après avoir pris douze pastilles, les crises douloureuses étaient réduites de moitié.* Également, la femme qui, avec un appareil génital intact, souffrait d'accidents analogues à ceux de la ménopause, se déclara très soulagée de l'usage du médicament. Toutefois, Chrobak présente avec beaucoup de réserves ces résultats qu'il n'a pu soumettre à un contrôle assez rigoureux.

Mainzer (de Berlin) avait également employé, sous forme

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 20, p, 521.

(2) *Deutsch. med. Wochensch.*, 1896, n° 12, et *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 32, p. 844.

de tablettes, de la substance fraîche d'ovaires de génisse et de vache, chez une jeune femme de 23 ans qui, à la suite de la castration bilatérale pratiquée pour des affections annexielles graves, était sujette à des crises très pénibles (vertiges, congestions subites, bouffées de chaleur, transpirations, etc.). Ce traitement fut suivi d'une amélioration très notable. Mond (1) relate des essais thérapeutiques faits à l'*Universitats-Frauenklinik* de Kiel, avec des préparations d'ovaire : 1° substance de tout l'ovaire, 2° substance corticale, 3° précipité du contenu des follicules, et dans les cas suivants : *a*) extirpation totale ou partielle des organes génitaux internes, *b*) ménopause naturelle, *c*) aménorrhée sous la dépendance de l'atrophie des organes génitaux, *d*) un cas d'utérus rudimentaire avec hyperplasie des ovaires. En ce qui concerne les résultats, l'auteur se défend de formuler des conclusions formelles. Il croit pourtant que l'examen de l'ensemble des faits encourage plutôt à poursuivre dans cette voie. En France, où est née la méthode, tout au moins scientifique, de l'organothérapie, nous avons à signaler les mémoires du Dr Jayle, l'un présenté à l'Académie de médecine (27 février 1896), l'autre publié dans la *Presse médicale* (2) et la thèse sur le même sujet de son élève, le Dr Lissac. Le mémoire paru dans la *Presse médicale* a pour titre : *Opothérapie ovarienne contre les troubles consécutifs à la castration chez la femme*. Dans ce travail, l'auteur résume 7 observations dont l'analyse le conduit à formuler ces propositions : 1° l'opothérapie ovarienne, chez les femmes castrées, a pour effet de faire disparaître, transitoirement ou définitivement, quelques-uns des phénomènes provoqués par la castration, et, en particulier, les bouffées de chaleur. 2° L'opothérapie ovarienne est à essayer dans nombre de cas d'aménorrhée et de dysménorrhée dues

(1) *Munchener med. Wochensch.*, 1896, n° 14 et *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 28, p. 752.

(2) *Presse médicale*, mai 1896, p. 221.

à des lésions de l'ovaire, et contre lesquels la castration est souvent pratiquée. 3° Il y a lieu de se demander s'il ne serait pas utile de respecter l'ovaire, en totalité ou en partie, toutes les fois que ce serait matériellement possible, au cours des opérations pratiquées sur l'appareil utéro-ovarien.

Le Dr Touvenaint sous le titre *organothérapie par l'ovaire* a fait sur le même sujet une communication à la *Société obstétricale et gynécologique de Paris*, dans la séance d'octobre 1896. Des quinze observations personnelles résumées dans ce travail, l'auteur tire les conclusions suivantes : 1° la médication ovarienne peut être prescrite sans dangers et même continuée longtemps pourvu qu'on en surveille les effets ; 2° la dose moyenne de poudre desséchée d'ovaire ne doit pas dépasser 0,24 à 0,40 centigrammes en moyenne par jour ; 3° le traitement doit être continué pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois ; 4° cette médication semble être particulièrement indiquée dans l'aménorrhée et la chloro-anémie où elle fournit d'excellents résultats ; 5° elle est fort utile pour tous les cas de ménopause artificielle due à l'ablation des organes génitaux ; 6° elle peut aussi être essayée avec avantage contre les accidents dus à la ménopause artificielle (1).

A la même société, le Dr Jouin, dans un mémoire sur l'*histothérapie appliquée aux maladies et aux troubles fonctionnels du système génital féminin, et particulièrement de la médication par le tissu ovarien* (2), signale les bons effets de l'administration de l'extrait ovarien non seulement dans les cas de maladie de Basedow, affection dont il a, dans deux mémoires antérieurs, essayé d'établir le rapport de dépendance avec les affections des organes génitaux, mais aussi contre les désordres nerveux si fréquents chez les femmes atteintes de maladies de matrice avec disparition ou diminution des menstrues. Au cours de ce mémoire, il

(1) *Bulletins de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1896, n° 10, p. 195.
(2) *Bullet. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1896, n° 11, p. 228.

cite l'observation d'une femme chez laquelle son mari, médecin, n'hésita pas à combattre par le suc ovarien des accidents nerveux graves survenus à la suite d'une castration double pour kystes de l'ovaire, et cela avec succès. Il insiste tout particulièrement sur la relation étroite qui existe entre la pathologie du corps thyroïde et celle des organes génitaux internes ; et, d'après lui, il semble qu'il existerait comme une sorte de balancement physiologique entre la sécrétion thyroïdienne et la sécrétion ovarique, « le corps thyroïde présente une sécrétion exagérée, l'ovaire fonctionnant d'ailleurs normalement, la femme devient malade, mais moins que si le travail de l'ovaire était encore diminué. Exagérant l'imprégnation ovarienne en lui donnant du suc de l'organe, elle retrouva son équilibre, etc.

« Ou bien encore, le corps thyroïde fonctionne d'une façon normale, mais l'ovaire présente une activité exagérée, l'équilibre est rompu. Instituons la médication thyroïdienne et les phénomènes pathologiques seront supprimés.

« Au premier groupe caractérisé physiologiquement par l'hyperfonction de la thyroïde ou l'hypofonction de l'ovaire, nous devons rapporter les désordres nerveux que nous avons considérés comme des faits de mal de Basedow frustes (excitation générale, agitation, insomnie, battements de cœur). Dans ce groupe surtout rentrent les cas de goitre exophtalmique développés sous l'influence d'une maladie ovarienne, les troubles de la ménopause artificielle et même naturelle. Ils sont justifiables, au premier chef, de la médication par l'extrait d'ovaire, qui présente alors la valeur d'une véritable médication spécifique. »

Contre les accidents qui correspondent au second groupe, éréthisme de l'appareil utéro-ovarien, douleurs locales, névralgies, congestions, surtout hémorrhagies, c'est la médication thyroïdienne qui convient.

Toutefois, l'auteur appelle l'attention sur ce que cette distinction a de trop schématique, indique les difficultés souvent grandes auxquelles on se heurte quand il s'agit de

passer de la conception pathologique à l'application pratique, et recommande de diriger avec beaucoup de circonspection cette thérapeutique, en s'appuyant de l'exemple d'un fait fâcheux où un confrère, pour avoir exagéré la médication thyroïdienne contre des accidents de ménorrhagie liés à un fibrome, causa, très vraisemblablement, par la suppression rapide de l'hémorrhagie, une hématocèle rétro-utérine grave.

Stehman, à la Société gynécologique de Chicago, a fait une communication sur le *traitement thyroïdien et ovarique* en gynécologie. Sa communication contient la relation résumée de six cas, trois se rapportant à chacune des deux médications. Comme Jouin, il souligne la solidarité qui paraît exister entre le corps thyroïde et les organes internes de la génération. En ce qui concerne les effets thérapeutiques, il croit que la substance thyroïdienne : *a*) réduit l'apport sanguin aux organes pelviens ; *b*) et que son administration prolongée produit des modifications nutritives capables non seulement de supprimer des conditions pathologiques vraies, mais de corriger même des menstruations profuses invétérées. En ce qui concerne l'usage thérapeutique de la substance ovarique, il pense qu'elle est surtout indiquée dans les cas d'aménorrhée, aménorrhée qui serait elle-même sous la dépendance d'une activité, d'une sécrétion interne insuffisante de l'ovaire ; « il semble qu'en *augmentant la quantité, peut-être en améliorant la qualité de la sécrétion ovarique par l'administration interne de son produit tel qu'il existe dans le tissu de l'organe, on fournit à l'organisme le complément de ce qui est nécessaire dans les échanges organiques pour assurer une menstruation normale* ». Le tissu ovarique serait également indiqué dans les cas de neurasthénie, compliquée de nutrition défectueuse et de troubles des fonctions pelviennes. Dans ces conditions, il améliorerait non seulement la nutrition de l'ovaire, mais la nutrition générale elle-même et ce retour vers l'état normal permettrait l'accomplissement des processus physiolo-

logiques. Relativement à l'efficacité des préparations ovariques contre les accidents qui compliquent souvent la ménopause naturelle ou chirurgicale, l'auteur n'a pas une expérience personnelle suffisante pour formuler une appréciation justifiée. Enfin, à cause des grandes réserves faites sur ces essais et ces résultats thérapeutiques, surtout par Will au cours de la discussion que ce travail suscita, l'auteur souligne à nouveau l'importance des diverses activités glandulaires sur la nutrition générale en rappelant les conséquences graves, mortelles même, de l'extirpation de certaines glandes (pancréas, corps thyroïde, capsules surrénales, etc.).

Jacobs (de Bruxelles) a également essayé contre des manifestations morbides multiples, d'origine génitale : 1° troubles de la ménopause naturelle et opératoire ; 2° chloro-anémie ; 3° troubles nerveux divers en rapport avec des désordres de la menstruation, les préparations ovariques sous forme de vin oophoriné, à la dose de 20 grammes par jour (soit 0,20 centigrammes d'extrait d'ovaire par jour), préparation qui donnerait en général des résultats dès le deuxième ou troisième jour. Il a consigné ses 51 observations dans un article dont les conclusions sont les suivantes :

« 1° Les symptômes pénibles de la ménopause naturelle, les troubles climatériques, ont disparu ou se sont considérablement amendés par l'ingestion de l'extrait d'ovaire, sans aucune autre médication ; 2° Les mêmes résultats ont été observés dans les troubles climatériques qui apparaissent après les opérations chirurgicales dont la résultante est la suppression du flux menstruel. Dans les deux catégories de malades, nous avons noté une amélioration notable d'un symptôme que l'on observe souvent : la vessie irritable, symptôme qui a fait l'objet d'un de nos entretiens cliniques précédents. Ce résultat favorable a été noté également par Muret. Il l'explique par l'hypothèse que l'envie d'uriner serait due à des congestions de la vessie analogues à celles de la tête dans les vapeurs de la ménopause ; 3° L'amélioration rapide que l'on observe chez les chlorotiques, les dys-

ménorrhéiques, est constante ; 4° L'influence de l'extrait d'ovaire sur les troubles psychiques qui accompagnent ou dérivent de lésions génitales est indéniable ; 5° Nous avons observé chez toutes nos malades une amélioration très rapide et constante dans l'état général ; les voies digestives, dont le fonctionnement est si souvent troublé par les altérations de l'appareil génital, se rétablissent au bout de quelques jours. C'est même un des premiers résultats observés après l'ingestion de l'oophorine : l'appétit revient, les digestions se régularisent ainsi que l'évacuation intestinale ; 6° Les métrorrhagies de la ménopause sans lésions néoplasiques cèdent rapidement à l'ingestion de l'extrait d'ovaire ; 7° L'action thérapeutique sur le système nerveux général est manifeste dès le premier jour. »

Parmi les publications étrangères, nous avons encore à citer un travail fort intéressant de M. Muret, qui avait été communiqué à la « Société Vaudoise de médecine » le 18 juin 1896 : de l'*organothérapie par l'ovaire* (1). Déjà, dès 1893, M. Muret a expérimenté l'extrait ovarique contre certains états pathologiques de la femme. Il a été conduit à ces essais thérapeutiques par la considération : a) du rôle considérable que joue l'ovaire dans l'organisme féminin, rôle considérable que démontrent les modifications importantes qui se produisent à l'occasion de l'entrée en activité de cet organe, à la puberté, *b*) des troubles multiples souvent graves qu'on observe à la suite de la ménopause naturelle et surtout artificielle, *c*) des modifications que l'on constate aussi bien dans l'espèce humaine que dans les espèces animales du fait de l'extirpation des ovaires (engraissement, disparition, plus ou moins complète, de certains attributs distinctifs du sexe), par exemple : « l'extirpation des ovaires chez les enfants en bas âge, telle quelle est pratiquée dans certaines régions des Indes, paraît ne pas entraver la croissance de l'individu, mais donne lieu à des êtres grands et musclés qui

(1) *Revue médicale de la Suisse Romande*, juillet 1896, p. 317.

ne présentent aucun des attributs de la femme : pas de menstruation, pas de tissu adipeux au niveau des parties génitales, et enfin un bassin dont les dimensions transversales sont restées très étroites ».

« Dans l'état actuel de la physiologie glandulaire, écrit l'auteur, il m'a paru bien plus naturel de chercher ailleurs, que dans le système nerveux, l'explication de ces phénomènes et l'hypothèse d'une sécrétion interne de l'ovaire, analogue à celle des autres glandes du corps et correspondant aux fonctions spéciales, je dirai même spécifiques de cet organe, s'offrait d'elle-même. La suppression subite de cette sécrétion interne ne pourrait-elle pas expliquer les troubles vaso-moteurs et autres des opérées ? Sa diminution plus ou moins lente, due à l'atrophie sénile des ovaires, et marquée par la cessation des fonctions connues de ces organes, ne suffirait-elle pas à expliquer les phénomènes de l'âge critique ? Enfin, la suppression subite de la sécrétion interne de l'ovaire, exagérée comme quantité ou altérée dans sa qualité, ne pourrait-elle expliquer *l'influence bienfaisante de la castration sur l'ostéomalacie*. On sait qu'après cette opération les douleurs disparaissent souvent en quelques jours, comme si l'on avait supprimé rapidement une source d'éléments chimiques, et l'auteur rappelle que déjà Réviliod a émis l'opinion que *l'ostéomalacie doit être en rapport avec la sécrétion interne de l'ovaire* (1). Il ne serait pas sans intérêt, ajoute Muret, d'essayer l'ovarine dans l'ostéomalacie et la maladie de Basedow, car ces essais, qu'ils réussissent ou non, pourront peut-être jeter un nouveau jour sur la pathogénie de ces affections. » Nous allons voir bientôt qu'on a répondu, du moins en partie, à ce desideratum. Un tableau annexé au mémoire de M. Muret contient le résumé des 21 observations qu'il a rassemblées. De l'analyse de ces observations, il ressort que le traitement par l'ovarine a fourni des résultats satisfaisants dans les accidents de la

(1) *Revue méd. de la Suisse Romande*, 1895, n° 8.

ménopause naturelle ou chirurgicale. Qu'en ce qui concerne la chlorose, l'aménorrhée, dues à d'autres causes, les résultats bien que plutôt encourageants, ne permettent pas cependant de formuler des conclusions définitives.

Fischer (de Vienne) a employé sans succès les tablettes ovariennes contre les accidents (aménorrhée, ménorrhagies, métrorrhagies, etc.) sous la dépendance de l'atrophie, d'origine diverse, des organes génitaux (1). Enfin, nous nous bornerons à signaler la tentative thérapeutique faite par Sénator dans un cas d'ostéomalacie avec l'ovarine.

Obs. — Il s'agissait d'une femme âgée de 42 ans, IIIpare, chez laquelle les premiers symptômes de la maladie étaient apparus huit années auparavant à l'occasion du 3e et dernier accouchement. Les symptômes initiaux furent un affaiblissement général et des douleurs « rhumatoïdes » surtout aux jambes, ce qui rendit la marche pénible. Après des alternatives d'aggravation et de mieux être, l'état était devenu définitivement mauvais, et, lors de l'admission à l'hôpital, les déformations osseuses multiples (diminution de la taille, thorax saillant en avant et en arrière, thorax et bassin rapprochés, cyphose dorsale, bec symphysien, etc.) imposaient le diagnostic d'ostéomalacie. Autre point souligné : *malgré la maigreur du cou, on constatait difficilement le corps thyroïde*. Muscles en général peu développés et très sensibles aux extrémités supérieures et inférieures, surtout au niveau de celles-ci. Troncs nerveux, douloureux également. Pouls entre 68 et 88 ; fonctions intestinale et urinaire s'accomplissant régulièrement. Séjour à l'hôpital, du 11 mai au 7 septembre 1896, soit 4 mois. A sa sortie, la malade était très améliorée.

Les recherches auxquelles ce cas donna lieu correspondent à 4 périodes : 1re *période :* durant 3 semaines, pas de médicaments actifs ; la femme put seulement profiter des conditions hygiéniques spéciales à l'établissement ; 2e *période* : 6 semaines, administration de préparations thyroïdiennes justifiée par ces deux raisons : 1° que Fehling a comparé l'ostéomalacie à certains états associés à un trouble fonctionnel de la thyroïde, 2° que précisé-

---

(1) *Semaine méd.*, juin 1896, p. 238.

ment, chez cette femme, la glande thyroïde était très peu développée; 3e *période :* 1 semaine, de nouveau pas de médicaments ; 4e *période :* 11 jours durant lesquels on donna une préparation d'ovaires (oophorine). Pendant tout ce temps, la nourriture resta la même. On fit, au cours de ces différentes périodes, des recherches qui portèrent sur le *sang* (degré d'alcalescence), les *urines* [quantité par 24 heures, densité, azote, acide phosphorique, chaux ; toutes les recherches faites dans le but de déceler de l'acide lactique restèrent négatives. Jamais, non plus, on ne trouva d'albumine ou d'albumoses (propeptone)] ; les *fèces*, au point de vue surtout de leur teneur en chaux, recherche importante d'après Sénator, par la raison que c'est par les garde-robes que passe de beaucoup la majeure part de la chaux éliminée par l'organisme. Les variations subies par le poids furent également notées. Sénator fit, en outre, cette constatation, paradoxale en quelque sorte: *pendant le même temps que la maladie s'améliorait l'élimination de la chaux fut plus considérable;* il en fut de même de l'élimination de l'acide phosphorique, qui suivit une marche à peu près parallèle. Constatation, fait remarquer l'auteur, peu propre à éclairer la pathogénie de la maladie, bien plutôt de nature à l'obscurcir, en tous cas à ébranler la théorie basée sur l'hypothèse pathogénique de la dissolution des principes calcaires, et à faire incliner davantage vers l'opinion que « *le ramollissement osseux n'est qu'un symptôme d'une maladie générale de la nutrition* ».

En ce qui concerne la part d'action de la thyroïdine et de l'oophorine sur la guérison, ou plus exactement sur l'amélioration de sa malade, Senator la tient pour très relative, très aléatoire. C'est surtout aux conditions hygiéniques meilleures trouvées à l'hôpital qu'il rapporte le résultat obtenu, conditions hygiéniques dont Winckel a déjà démontré la puissante et heureuse influence en réussissant, par leur seule amélioration, à rendre très rare l'ostéomalacie dans une région (à Gummersbach) où elle était jadis fréquente, et à l'état endémique.

II. — **Comment la castration guérit l'ostéomalacie** (1).

Ainsi qu'on l'a vu plus haut, on a songé à faire de l'ovarothérapie contre l'ostéomalacie. Ceci nous conduit directe-

(1) Depuis notre dernier article sur l'ostéomalacie, plusieurs travaux traitant du même sujet ont été publiés. Nous signalerons en particulier la thèse importante, très complète surtout au point de vue de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie, du Dr Meslay : « *Contribution à l'étude anatomo-clinique de l'ostéomalacie*, Paris, 1896 (G. Steinheil). Au cours de son internat, M. Meslay a eu l'occasion d'observer deux cas de cette affection relativement très rare en France. L'un de ces cas est un exemple d'ostéomalacie infantile, le second concerne une femme de 55 ans, chez laquelle la maladie avait débuté à 47 ans, huit ans après son dernier accouchement et sept ans avant la ménopause. Rien dans les antécédents de cette femme, antécédents pathologiques ou conditions hygiéniques, ne fournit pas même un semblant d'explication de l'éclosion de la maladie. Parmi les autres faits qu'a rapportés l'auteur, il en est un emprunté au service du professeur Tillaux et qui offre quelques particularités intéressantes. Femme âgée de 30 ans, dont la maladie datait des premiers mois d'une première et unique grossesse. Après l'accouchement, les accidents n'avaient fait qu'empirer au point que la malade ne pouvait plus marcher qu'avec des béquilles. En août 1894, étant tombée, elle se fractura le corps du fémur. La fracture ne se consolidant pas malgré l'immobilisation pendant plusieurs mois dans un appareil à extension continue, le professeur Tillaux, dans l'idée qu'il s'agissait d'une pseudarthrose par interposition de tissu musculaire, fit une intervention dans ce sens, intervention qui permit de constater : *a*) un défaut absolu du processus de consolidation ; *b*) une friabilité remarquable des fragments osseux, dont l'examen histologique démontra les caractères ostéomalaciques. Mais, détail au moins curieux, que releva le chirurgien dans une leçon auquel un bon hasard nous fit assister, à la suite de cette intervention, *a priori* inutile, les douleurs que ressentait la malade disparurent et cette sédation se prolongea plusieurs mois, de mars 1895 à novembre 1895. A partir de ce moment, les douleurs reparurent et l'état s'aggrava de plus en plus. On essaya alors méthodiquement des *inhalations de chloroforme* (d'après la méthode de Petrone), mais *sans le moindre résultat*. Finalement, on pratiqua la castration double (méthode de Fehing) le 12 décembre 1895. Cette nouvelle intervention amena aussi une accalmie malheureusement temporaire. En mars 1896, les douleurs réapparaissaient, et l'état général qui s'était aussi notablement amélioré, déclinait de nouveau de plus en plus. La malade mourut dans le marasme en avril. L'examen macroscopique et microscopique des *ovaires*, dû

ment à l'analyse d'un travail considérable, très intéressant, publié dans les *Annali di Ost. e Ginec.* par Curatulo (professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'Université de Rome) et L. Tarulli. Ce travail a pour titre « *Sulla secrezione interna delle ovaie* », et il porte en épigraphe cet emprunt fait à Brown-Séquard et d'Arsonval : « Chaque tissu et plus généralement chaque cellule de l'organisme sécrète pour son propre compte des produits ou des *ferments spéciaux* qui, versés dans le sang, viennent influencer par l'intervention de ce liquide toutes les autres cellules rendues ainsi solidaires les unes des autres par un mécanisme autre que celui du système nerveux. »

Pourquoi la tentative thérapeutique faite, au moyen de l'ovarine, contre l'ostéomalacie conduit-elle à l'analyse de ce travail ? Par la raison que le professeur italien s'est surtout efforcé dans les laborieuses recherches qu'il a conduites, de trouver la clef des guérisons si nombreuses obtenues par la castration bilatérale, et cela, en établissant que, conformément à la notion scientifique nouvelle introduite par Brown-Séquard, l'ovaire, indépendamment de sa fonction toute spéciale, préside à une sécrétion qui exerce une action importante sur les échanges nutritifs, et en travaillant à préciser et à bien mettre en évidence cette action (1). D'autre part, il pense que jusqu'à présent on a dû

à M. Pilliet, révéla, malgré le jeune âge de la femme, les *altérations d'une sénilité précoce.*

Nous signalerons encore un travail de J. Ritchie que l'auteur a eu l'amabilité de nous envoyer, et dans lequel après examen critique des diverses théories pathogéniques déjà émises, il émet l'opinion que le *siège initial de la maladie est dans les cellules nerveuses de la moelle.* « D'autre part, ajoute-t-il la lésion n'est pas de nature inflammatoire, et l'amélioration rapide qui survient la plupart du temps consécutivement à l'intervention chirurgicale, démontre qu'il ne peut s'agir d'altérations organiques profondes. De même l'observation clinique indique que la maladie est de telle nature qu'elle est, en certains cas, justiciable du traitement par le phosphore et les autres agents capables de relever la nutrition générale. »

(1) Nous avons vu par l'importante citation que nous avons faite de son

forcément faire fausse route chaque fois qu'on s'est risqué à donner une interprétation des résultats obtenus, parce que, d'après lui, *une solution exacte exigeait la connaissance préalable de cette influence de l'ovaire sur les échanges nutritifs.*

Cette importante monographie présente les divisions suivantes : A) INTRODUCTION. HISTORIQUE.

Les eunuques dans l'histoire. Sémiramis et Nabuchodonosor. De l'extirpation des glandes sexuelles chez les Grecs et les Romains. De la castration des animaux du sexe féminin dans les temps les plus reculés. De la castration des femmes chez les peuples Orientaux, chez les Grecs et les Romains. De l'ablation des glandes sexuelles dans un but thérapeutique, conseillée par Hippocrate, Galien et Fracastor. De la castration pratiquée pour la cure de la folie et d'autres maladies. De la castration chez la femme à notre époque. De l'ovariectomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus, de l'hystéro-épilepsie et de certaines formes de psychoses. Exagérations et avantages de cet acte opératoire. Lawson-Tait et Spencer Wells (1). De la castration dans l'ostéomalacie.

B) PREMIÈRE PARTIE. — Influence de l'ablation des ovaires sur les échanges organiques.

C) DEUXIÈME PARTIE. — Faits cliniques et expérimentaux qui démontrent l'existence d'une sécrétion interne de l'ovaire.

D) TROISIÈME PARTIE. — Recherches tendant à produire l'ostéomalacie expérimentale.

*
* *

B) PREMIÈRE PARTIE. — De l'influence de l'ablation des ovaires sur les échanges organiques.

Ces échanges nutritifs, ces phénomènes de la vie intérieure se révèlent surtout dans les produits éliminés par les

---

travail, que M. Muret, de Lausanne, est parti d'une conception analogue pour entreprendre ses essais thérapeutiques avec l'extrait d'ovaire.

(1) *Annales de gyn. et d'obst.*, nov. 1891, p. 346.

urines ou par la respiration. L'étude de ces produits permet donc d'étudier, au moins très approximativement, les variations, les troubles de cette vie intérieure. Quelle influence exerce l'ovaire sur ces échanges? Pour le dire, l'étude des produits éliminés avant la castration, après la castration et après l'injection de substance ovarique était nécessaire. Il fallait expérimenter sur l'animal. C'est ce que firent Curatulo et Tarulli.

Les animaux choisis pour ces expériences furent la chienne et une espèce de souris (la femelle du *mus musculus*). Chez la première, le cathétérisme vésical destiné à recueillir les urines des vingt-quatre heures est assez facile. Quant à la souris, elle se prête bien, à cause de sa petitesse, à la recherche des produits éliminés par la respiration ; pour cette recherche, l'auteur utilisa un appareil ingénieux dont il donne la description détaillée, appareil imaginé par le professeur Luciani. Pour étudier les modifications du chimisme respiratoire chez la chienne, il dut se servir d'un autre appareil, celui de Colasanti, basé sur le même principe que celui de Pettenkofer, mais en se bornant à calculer les seules variations de l'anhydride carbonique (CO^2).

Les animaux en expérience furent soumis à une diète invariable avant la castration, afin d'obtenir une moyenne quasi-constante dans l'élimination de l'azote, des phosphates et des produits respiratoires. La diète, instituée en tenant compte du poids de l'animal, restait identique à elle-même après la castration. Pour la détermination de l'azote, on se servit soit de la méthode de Kjeldahl, soit de celle d'Yvon, pour celle de l'anhydride phosphorique (Pho^5) de l'acétate d'urane. Pour étudier l'influence sur les échanges nutritifs de la sécrétion spéciale de l'ovaire, on injecta, par la voie sous-cutanée, du suc ovarique préparé de la façon suivante : ovaires de génisse, qu'après avoir pesés on coupait en très petits morceaux et qu'on menait à macérer dans à peu près égale quantité de glycérine de Prices, environ vingt-quatre heures. Ce suc filtré, passé à travers une bougie de Chamberland stérilisée, était recueilli dans un matras

également stérilisé. On l'additionnait de 4 à 5 gouttes d'acide phénique pour prévenir sa putréfaction. C'est ce liquide, additionné de deux parties d'une solution de chlorure de sodium à 6 p 100, qui servait pour les injections sous-cutanées.

En résumé, les phases de l'expérimentation étaient celles-ci : *a*) pendant un certain nombre de jours, avant toute opération, à la faveur d'une diète rigoureusement réglée, étude des échanges organiques (produits de l'urine et produits de la respiration) ; *b*) castration : même diète, et étude des modifications que l'ablation des ovaires avait fait subir à ces échanges ; *c*) injection de suc ovarique et étude de l'influence de ces injections sur ces mêmes échanges.

Les conclusions tirées de ces expériences sont : 1° L'ablation des ovaires a une influence notable sur les échanges de la vie organique ; 2° la courbe qui représente l'élimination des phosphates s'abaisse considérablement après la castration. Or, cet abaissement ne dépend ni de l'alimentation qui fut la même avant et après la castration, ni d'un affaiblissement du pouvoir de résorption de l'intestin, car, jamais il ne survint de troubles digestifs. D'autre part, il y eut plutôt, toujours, une augmentation du poids de l'animal. D'ailleurs, l'examen des fèces démontra l'intégrité du tube digestif ; 3° La courbe de l'azote éliminé après l'ovariectomie, azote déterminé par le procédé de Kjeldahl ou d'Yvon, présente de légères oscillations, d'observation habituelle, sans tendance nette à s'élever ou à s'abaisser ; 4° Après la castration, l'acide carbonique éliminé par la respiration et l'oxygène absorbé diminuent notablement jusqu'à une certaine quantité, quantité qui ensuite demeure stationnaire ; 5° Chez l'animal castré, la courbe du poids s'éleva graduellement sans que ce poids atteignît des proportions considérables durant le temps où il fut tenu en expérience ; 6° Chez les chiennes castrées, pour lesquelles on avait, après la castration, noté une diminution dans l'élimination des phosphates, cette élimination, consé-

cutivement à l'injection sous-cutanée du suc ovarique, augmenta de nouveau, arriva à être supérieure à celle qui se faisait avant la castration, devint même intensive sous l'influence de doses encore plus considérables de suc ovarique. Augmentation non pas seulement proportionnelle aux phosphates contenus dans le suc ovarique injecté; 7° L'extirpation de l'utérus combinée avec celle des ovaires, ne paraît apporter aucune modification à ce que l'on observe après l'ablation isolée des ovaires.

*
* *

C) Deuxième partie. — **Faits cliniques et expérimentaux qui démontrent l'existence d'une sécrétion interne de l'ovaire.**

« *Les faits établis par les précédentes recherches, écrit l'auteur, nous mettent non seulement en mesure d'expliquer les phénomènes les plus communément observés à la suite de la castration, ainsi que ceux relatifs aux échanges organiques pendant la période de la vie sexuelle et de la ménopause, mais ils nous donnent la clef du problème si controversé de la guérison de l'ostéomalacie par la castration.* »

De l'examen des résultats obtenus chez la femelle du *mus musculus* deux faits ressortent : 1° après la castration, les échanges respiratoires se font plus lentement.

2° Le quotient respiratoire, rapport de l'oxygène absorbé à l'acide carbonique expiré, reste constant, fait important parce qu'il indique que les oxydations des divers aliments (albuminoïdes, hydrocarbones, graisses) ont lieu dans le même rapport avant et après la castration, d'où cette conclusion : « chez la souris, on observe, à la suite de la castration, un ralentissement dans l'ensemble du processus dynamique qui préside aux échanges nutritifs, sans qu'il y ait cependant épargne plus marquée de l'un ou l'autre des trois principes alimentaires ».

Les expériences similaires faites sur les chiennes en expérience aboutirent à des résultats concordants. De plus, ainsi

qu'il a été noté plus haut, on observa, consécutivement à la castration, d'une manière constante, une augmentation de poids, un véritable engraissement, et, cela, malgré une alimentation maintenue invariable, malgré même une alimentation systématiquement dépourvue de graisse. Le déficit de l'acide carbonique, produit des oxydations des corps gras et des hydrocarbonés, dans l'air expiré, donne une explication de l'accumulation de la graisse dans l'organisme, par conséquent, de l'engraissement observé chez les animaux en expérience, engraissement si communément observé aussi chez les êtres humains auxquels on a enlevé les glandes sexuelles. Quant au développement du tissu adipeux, même chez les animaux soumis à une nourriture exempte de principes gras, il trouverait son explication dans les travaux de Pettenkofer et de Voit, d'après lesquels la mollécule albuminoïde se dédoublerait dans l'organisme, en *a*) une partie azotée donnant par mutations successives l'urée, l'acide urique, etc., etc.; *b*) une partie non azotée, retenue dans l'organisme et y engendrant de la graisse.

En résumé, *l'adipose observée après la castration, par ralentissement des oxydations correspondantes, est due non seulement à la graisse qui dérive des hydrocarbones et des matières grasses introduites dans l'alimentation, mais aussi à la graisse dérivée de la partie non azotée qui résulte du dédoublement des albuminoïdes introduits avec la nourriture dans l'organisme.*

Diminution dans l'élimination des phosphates. — La diminution, après la castration, de la proportion des phosphates éliminés, et leur augmentation après l'injection sous-cutanée de suc glandulaire représentent des faits importants. On sait que ces phosphates éliminés dans les urines proviennent en partie des aliments ingérés, en partie des produits de désassimilation des tissus contenant des substances organiques phosphorées (lécithine, nucléine, etc.) et surtout de l'élimination des phosphates terreux contenus dans les os. Or, la nourriture des animaux en expérience restant rigou-

reusement la même avant et après l'opération, il est logique d'admettre que cette diminution des phosphates ne provient pas d'un apport moindre de ces éléments dans l'organisme, mais d'une oxydation moindre du phosphore existant dans les tissus, lequel s'accumulant dans l'organisme, puis se combinant avec les bases terreuses (chaux et magnésie), se fixerait sur les tissus osseux sous forme de phosphates de chaux et de magnésie.

Mais à quelle cause fallait-il rapporter cette diminution dans l'élimination des phosphates par les urines ainsi que de l'acide carbonique expiré après la castration? Bientôt vint à l'auteur l'idée que les ovaires, comme les autres glandes de l'organisme suivant la théorie générale de Brown-Séquard, présidaient à une sécrétion spéciale, dont une des propriétés serait de favoriser les oxydations des substances organiques phosphorées, des hydrates de carbone et des graisses. Et, s'il en était ainsi, l'introduction artificielle dans l'organisme de suc ovarique frais devait, jusqu'à un certain point, suppléer à la suppression de cette sécrétion, conséquence de la castration. Or, les expériences faites confirmèrent pleinement ce raisonnement. *Les injections de suc ovarique eurent pour effet d'augmenter notablement l'élimination aussi bien de l'anhydride carbonique expiré que celle des phosphates.* Des expériences de contre-épreuve démontrèrent d'ailleurs que la glycérine employée n'avait aucune action respective sur ce phénomène, non plus que la très minime proportion de phosphates contenus dans le liquide injecté.

Cette sécrétion interne et son action sur les phénomènes d'oxydation ainsi démontrés, fournissaient l'explication facile des guérisons observées après la castration.

En enlevant les ovaires, on ne supprime pas la cause primitive de la maladie, nos connaissances actuelles ne justifient pas une semblable affirmation, mais par la suppression de sa sécrétion spéciale, on apporte dans les phénomènes de la nutrition, de la vie organique des modifications favorables grâce auxquelles le squelette récupère sa solidité

normale, condition essentielle de la guérison du processus ostéomalacique.

D'autre part, si le chloroforme, auquel Pétrone rapportait l'efficacité thérapeutique des castrations, a paru produire des améliorations, c'est que, comme le chloral, il ralentit aussi les oxydations et que son administration équivaut à une suppression en quelque sorte de la sécrétion ovarique. Comme la castration, il diminue l'élimination des phosphates, crée par conséquent des conditions favorables pour le tissu osseux, mais conditions qui, comme son usage, ne peuvent être qu'éphémères.

Les auteurs tracent ensuite à grands traits l'histoire des discussions, des théories qui se sont produites surtout à l'occasion des résultats si surprenants obtenus par la castration (interprétations de Fehling, Zweifel, Schauta, Truzzi). Ils s'arrêtent plus particulièrement à celle de Truzzi, d'après laquelle ces résultats seraient dus à l'influence — encore mal déterminée — que l'extirpation des glandes sexuelles exerce sur la nutrition générale de l'organisme, théorie plus large que celle de Fehling.

Ils étudient après, en utilisant des travaux antérieurs (Raciboski, Marro, Quetelet, Pagliani, Milne-Edwards, Mojon, etc.), les phénomènes qui se produisent vers la puberté dans les deux sexes et relèvent les observations faites aussi bien dans l'espèce humaine que chez les animaux à la suite de la castration (élimination plus faible des phosphates au moment où se produit d'une manière plus marquée l'accroissement de la taille (13 ans chez la fille, 15 ans chez le garçon); développement considérable du squelette, surtout des membres inférieurs, chez les eunuques, même phénomène chez les jeunes coqs castrés, etc. *Ils notent également l'influence aggravante qu'exercent la menstruation et la grossesse sur la maladie ostéomalacique, ce qui tient, d'après eux, à l'hypervascularisation des ovaires et à une hypersécrétion de ces organes, hypersécrétion qui a pour effet d'activer les oxydations et surtout d'augmenter l'élimination des phosphates.*

Suit une courte digression sur l'acromégalie, maladie caractérisée aussi par des modifications, inverses en quelque sorte, du tissu osseux (développement considérable des os de la face et des extrémités supérieures et inférieures). Ils remarquent que la plupart des auteurs (Marro, Marie, Souza-Leite, Tamburini, Tanzi, etc.) ont observé des altérations aussi bien que des troubles fonctionnels du côté des organes génitaux dans les deux sexes (diminution des désirs vénériens, aménorrhée, hypertrophie du clitoris, des petites lèvres ; chez l'homme, impotence avec atrophie ou hypertrophie des testicules, faits qui, en tout cas, démontrent une solidarité entre le squelette et les organes génitaux) (1). Ils prennent également en considération les phénomènes pathologiques qu'on observe trop souvent après la ménopause naturelle et aussi artificielle. Ils relèvent, en particulier, cette remarque très importante, basée sur la clinique, de Simpson et de Spencer Wells, que *le cancer s'observe beaucoup plus fréquemment chez les femmes auxquelles on a extirpé les ovaires*, etc. Et ils pensent que peut-être bon nombre des accidents observés à la suite de la castration, peuvent être liés à la cessation de l'influence qu'exerce la sécrétion interne de l'ovaire sur l'ensemble des phénomènes de la nutrition générale, hypothèse en faveur de laquelle militent les succès obtenus contre certains de ces troubles par l'emploi des préparations ovariques.

La *conclusion* de cette seconde partie de ce travail est : les ovaires, comme les autres glandes de l'organisme, et conformément à la doctrine générale de Brown-Séquard, président à une sécrétion spéciale.

Ces organes déversent continuellement dans le sang un suc dont la composition chimique est, à l'heure actuelle, totalement inconnue ; un de ces attributs les plus essentiels

---

(1) Nous trouvons cette coïncidence des altérations du squelette et des altérations fonctionnelles et anatomiques des organes génitaux également notée dans un article très intéresant de BRISSAUD et MEIGE : « Gigantisme et acromégalie » ; *Journal de méd. et de chir. pratiques*, janvier 1895, p. 74.

consiste à favoriser l'oxydation des substances organiques phosphorées, des hydrocarbones et des graisses.

Il en résulte que leur ablation (castration) ou leur inactivité (par exemple avant l'époque de la puberté ou à la ménopause), doit avoir pour effet : 1° Une rétention plus grande du phosphore organique avec, comme conséquence, une accumulation plus considérable des sels calcaires dans le tissu osseux; 2° Le phénomène bien connu de l'engraissement consécutivement à la castration et à la ménopause.

D) TROISIÈME PARTIE. — **Recherches dans le but de produire l'ostéomalacie.**

Les auteurs cherchèrent à produire le ramollissement osseux de deux manières : 1° En injectant de fortes doses de suc ovarique, et en cherchant ainsi à activer les oxydations et à augmenter l'élimination des phosphates. La seule expérience qu'ils firent dans ce sens resta négative ; 2° En injectant du ferment nitrique, et cela dans le but de contrôler une fois de plus la valeur de la théorie émise par Pétrone. Ils se servirent pour ces injections de cultures pures de *baccillus radicicolæ*, un des agents les plus actifs de la nitrification. Le résultat fut également négatif.

Au cours de cet important travail, les auteurs se défendent à plusieurs reprises, d'avoir eu la pensée qu'on leur a attribuée pour les avoir mal compris, d'avoir trouvé la cause première de l'ostéomalacie. Au contraire, son caractère d'endémicité les incline plutôt à penser qu'il s'agit d'une maladie de nature microbienne, hypothèse bien accueillie déjà par plusieurs savants (Zürn, Winckel, Kehrer, Baumann, etc.). Ce qu'ils pensent surtout avoir mis en évidence, c'est l'influence des ovaires sur les oxydations organiques, la solidarité qui existe entre elles et les glandes sexuelles, et le mécanisme des guérisons souvent définitives du ramollissement osseux par la castration et des guérisons temporaires par le chloroforme, etc. « *Se la patogenesi quindi dell' osteomalacia*, écrivent-ils à la fin de leur travail,

é ancora sub judice e deve come giustamente afferma il Labusquière, *ritenersi come una malattia di natura misteriosa, lo stesso non puo dirsi dal lato della terapia* » (1).

***

De l'analyse des documents qui nous ont servi pour cette revue, nous croyons pouvoir dégager quelques propositions :

1° L'organothérapie, introduite sur des bases scientifiques dans le domaine médical par Brown-Séquard, et qui au début avait, malgré son haut patronage, provoqué surtout du scepticisme, continue de faire son chemin. Ses applications deviennent de plus en plus nombreuses.

2° Indépendamment de sa fonction génératrice, l'ovaire paraît présider à une sécrétion spéciale jouissant d'une influence considérable sur la nutrition générale.

3° D'après les expériences de Curatulo et de Tarulli, cette sécrétion activerait les oxydations des hydrocarbones, des graisses et des matières organiques phosphorées. Aussi, sa suppression entraîne-t-elle comme conséquence le ralentissement des oxydations de ces éléments et comme effets : l'engraissement et la diminution de l'élimination des phosphates.

4° La constatation de ces faits donne la clef des phénomènes observés après la castration, engraissement par exemple, et surtout *des guérisons si surprenantes de l'ostéomalacie par la castration*. Elle explique aussi les améliorations passagères obtenues avec le chloroforme et le chloral, substances qui, comme la castration, mais seulement d'une manière temporaire, ralentissent les oxydations.

5° Mais, si ces notions nouvelles éclairent d'un jour nouveau le mécanisme de la guérison, elles laissent encore dans toute son obscurité la cause première de la maladie, point

(1) *Ibid.*, p. 816.

d'ailleurs qu'ont tenu à bien mettre en relief les auteurs italiens.

6° En ce qui concerne l'étiologie et le traitement de l'ostéomalacie, nous n'avons rien à modifier aux conclusions que nous avons formulées dans une revue précédente (1). *Si les résultats auxquels sont arrivés* Curatulo et Tarulli *sont justifiés*, ce serait aller contre le but que de traiter, à l'exemple de Senator, les ostéomalaciques par les préparations d'ovaire. L'idée thérapeutique poursuivie par ce dernier était de fournir à l'organisme du suc ovarique sain au lieu du suc ovarique supposé vicié chez les ostéomalaciques.

7° Les préparations de tissu ovarique paraissent donner des résultats très encourageants toutes les fois que les accidents observés peuvent être rapportés à la suppression ou à l'insuffisance de la sécrétion spéciale de l'ovaire, tout particulièrement quand ces accidents sont sous la dépendance de la ménopause naturelle ou chirurgicale.

8° Le chirurgien ne doit procéder à l'extirpation complète des ovaires que lorsque les indications en sont bien nettes. Car, indépendamment des accidents très pénibles observés à la suite de la ménopause chirurgicale, cette extirpation semble favoriser d'une façon notable le développement du cancer.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

BRISSAUD et MEIGE. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, janvier 1895, p. 74. — CHROBAK. *Ibid.*, p. 521. — CURATULO, ROUTH, GRIFFITH, etc. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1896, vol. XXXVIII, p. 17. — CURATULO, SIMPSON, FELKIN, etc. *Edinb. med. J.*, juin 1895, p. 1122. — CURATULO et TARULLI. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1896, n° 10, p. 737. — JACOBS. Opothérapie ovarienne. *La Policlinique*, Bruxelles, 1896, n° 23, p. 841. — JAYLE. *Presse médicale*, mai 1896, p. 721. — JOUIN. *Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1896, n° 11, p. 228 — KNAUER. Einige Versuche über Ovarientransplantation bei Kaninchen. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 20, p. 524. — MAINZER. *Deutsche med. Wochensch.*, 1896, n° 12 et *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 32, p. 844. — MESLAY. *Contribution à l'étude anatomo-clinique de l'ostéo-*

(1) *Annales de gynéc. et d'obst.*, juin 1895, p. 501.

malacie. Th. Paris 1896 ; et Ostéomalacie infantile, *Revue mensuelle des mal. de l'enfance*, février 1897, p. 49. — MOND. *München. med. Wochensch.*, 1896, nº 14, et *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 28, p. 752. — MURET. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1896, nº 7, p. 317. — RITCHIE (J.). *Osteomalacia with special Relation to its Ætiology and Treatment*, etc., Edinburg, 1896. — SENATOR. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1897, nº 7, p. 109, nº 8, p. 143, et *Deutsche med. Zeitung*, 1897, nº 8, p. 78. — STEHMAN. Thyroid. and ovarian Therapy in Gynecol. *The Am. Gyn. and Obst. J.*, février 1897, p. 128 et 229. — TOUVENAINT. *Bullet. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1896, nº 10, p. 195.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 11 *février* 1897.

M. DURANTE montre des **coupes de déciduome malin et de placenta dans les premières phases du développement.** Il fait ressortir les analogies qui existent entre les figures que l'on y observe. S'appuyant sur ce que l'on connaît de la structure et du développement histologique du placenta, l'auteur conclut à la nature épithéliale de ce néoplasme et à son origine purement fœ'alc. Il s'agit non pas d'un sarcome, mais d'un épithélioma ecto-placentaire.

Discussion. — M. DOLÉRIS. Les cellules déciduales et les cellules de l'ectoderme fœtal ont de grandes analogies au point de vue anatomique. Il paraît bien difficile de se prononcer en présence d'un déciduome et de leur attribuer sûrement une origine fœtale exclusive. De plus, dans les trente ou trente-cinq cas de déciduome déjà publiés, il en est six ou sept pour lesquels il est impossible d'admettre l'origine fœtale, car le commémoratif grossesse ou fausse couche manque dans leur histoire. DURANTE ne croit pas qu'il existe des faits de déciduomes malins vrais en dehors de la grossesse. Parmi les faits publiés comme tels, les uns concernent des tumeurs d'une tout autre nature, où l'on ne rencontre pas les éléments caractéristiques du déciduome ; ce sont probablement des sarcomes ou adéno-sarcomes de la muqueuse utérine. Les autres, qui concernent probablement des déciduomes vrais,

sans môle hydatiforme, sans polypes placentaires, sans même grossesse récente, ont été observés chez des multipares, et l'on signale toujours avant le début de l'affection, un arrêt des règles pendant 1, 2 ou 3 mois, puis l'apparition de métrorrhagies ; ensuite la tumeur maligne suit son cours. Il est bien probable qu'ici on se trouve en présence d'un processus arrêté dès les premiers mois de la gestation.

MM. DURANTE et SIRON : **Atrésies multiples moniliformes de l'intestin grêle, chez un enfant à terme.** — Cet enfant provient du service de M. Porak. Il mourut d'une obstruction intestinale en quatre jours, après sa naissance. A l'autopsie on trouva un arrêt de développement de l'intestin grêle : l'iléon, à partir du cæcum et sur une longueur de 25 à 30 centim., se présentait sous la forme d'une série de segments intestinaux fermés à chaque extrémité par un cul-de-sac conique. Histologiquement ces culs-de-sac présentent la structure normale de l'intestin, mais avec des tuniques muqueuse et musculaire atrophiées.

MM. DOLÉRIS et SCHEFFER : **Un cas de fracture intra-utérine du tibia, avec vice de conformation.** — Il s'agit d'un enfant qui naquit à terme et qui présentait les malformations suivantes : Jambe déformée, un peu au-dessous de la moitié du tibia ; cet os paraît augmenté de volume et présente en avant et au niveau de sa crête un angle saillant. Au niveau de la convexité de cet angle osseux est une petite dépression cutanée circulaire, large de 2 ou 3 millim., blanchâtre, légèrement adhérente avec la profondeur. La jambe est aplatie sur sa face externe, les muscles péroniers semblent atrophiés, le péroné paraît mal développé et confondu avec le tibia. Pied en varus équin. Il n'y a que quatre orteils, le deuxième manque.

Discussion. — M. KIRMISSON pense qu'il s'agit là, non d'une fracture intra-utérine, mais d'un arrêt de développement du membre inférieur. — PORAK. Il faut admettre avec la plus grande réserve les observations de fractures traumatiques, intra-utérines. Dans l'achondroplasie, la disposition angulaire des os longs est due à des courbures et non à des fractures.

M. PORAK : **Insertion vélamenteuse du cordon pendant le travail.** — Il s'agit d'une primipare dont le travail dura 70 heures. L'en-

fant mourut avant la dilatation complète et la rupture des membranes. Le liquide amniotique était semblable à de la purée de pois et en petite quantité. Le placenta montre une insertion vélamenteuse du cordon sur le pôle inférieur. La rupture artificielle des membranes se trouvait placée entre l'insertion du cordon et le bord du placenta, inséré sur le segment inférieur de l'utérus. Les vaisseaux qui limitaient la déchirure des membranes ne furent pas déchirés. La mort de l'enfant s'explique facilement par la compression du cordon au point de son insertion sur les membranes.

MM. R. PICHEVIN et AUGUSTE PETIT : **Sur le kraurosis vulvæ.** — Indépendamment des lésions leucoplasiques dont la muqueuse vulvo-vaginale peut être le siège et dont ces auteurs ont déjà fait connaître deux cas au Congrès de Genève, il existe une affection, qui pour présenter quelques analogies avec la précédente, n'en constitue pas moins une entité morbide distincte, caractérisée au double point de vue clinique et anatomo-pathologique. Cliniquement, l'altération se traduit par l'apparition de plaques blanchâtres rappelant les caractères de la leukokératose. Les lésions se résument en une inflammation chronique et une sclérose du derme aboutissant à la dégénérescence des nerfs et des glandes. Du côté de l'épiderme, on constate une hyperkératinite et une dégénérescence hyaline. Enfin, ces auteurs montrent que le kraurosis ne peut être identifié avec la leucoplasie.

REVUE DES PÉRIODIQUES RUSSES

Journal d'accouchements et de gynécologie de St-Pétersbourg
(2e semestre 1896).

Bobine dans l'utérus, par WALK.

Le Dr Walk a extrait de l'utérus d'une femme de 30 ans une bobine de fil qui a séjourné dans le vagin pendant neuf ans, comme pessaire pour un prolapsus ; mais depuis neuf mois la malade a cessé de la sentir dans le vagin et en même temps elle a ressenti de très fortes douleurs dans le bas-ventre; elle a commencé à perdre le sommeil, l'appétit et, il y a six mois, elle a remarqué

qu'elle perdait l'urine par le vagin. Son état empirant de plus en plus, les douleurs sont devenues continues, constantes; elle était toujours mouillée et l'entourage ne pouvant pas supporter l'odeur elle s'est décidée à se faire opérer. Pendant l'opération, on a trouvé une fistule vésico-utérine.

Contribution à la dégénérescence sarcomateuse des fibromes, par GOUBAROF.

Le professeur Goubarof a observé un fibrome du vagin, dégénéré en sarcome.

Il s'agit d'une femme de 46 ans, présentant une tumeur d'une grosseur d'un œuf de poule et occupant le vestibule qu'elle distendait et s'étendant à la partie antérieure du vagin jusqu'au cul-de-sac antérieur.

La muqueuse du vagin présente une certaine mobilité, tandis que celle du vestibule est intimement unie à la tumeur, dont la surface est ulcérée et recouverte d'un pus fétide. La malade porte cette tumeur depuis plus de 18 ans, mais alors elle était petite. Depuis un certain temps, elle grossissait rapidement et il y a deux mois qu'elle a commencé à s'ulcérer.

Pas de troubles du côté de la vessie.

Par une incision triangulaire, dont le sommet était près du clitoris, l'auteur a réussi à enlever complètement la tumeur; le pédicule représenté par l'urèthre était long et du diamètre du petit doigt; il a été réséqué et attiré vers le sommet de la plaie.

L'examen microscopique de la tumeur a démontré que les parties profondes étaient constituées par un tissu fibreux pur et les parties superficielles, outre le tissu conjonctif fibreux, contenaient une grande quantité de cellules grosses et rondes et des cellules fusiformes, avec gros noyaux parfois nucléolés.

La limite entre la partie fibreuse et la partie sarcomateuse était représentée par un tissu dur, d'une consistance presque cartilagineuse, rappelant énormément le tissu cicatriciel vieux.

Contribution à l'étude de l'étiologie du décollement prématuré du placenta, inséré normalement; Endométrite déciduale, par MASLOVSKY (1).

Femme de 22 ans. Primipare, 9e mois de grossesse, a été prise

(1) Ce mémoire a été ensuite publié dans le *Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, Berlin, septembre 1896, t. IV, p. 212.

tout d'un coup dans la nuit de violentes douleurs dans le bas-ventre et d'une forte hémorrhagie. Beaucoup de vieux caillots atteignant la grosseur du poing.

Le corps et le fond de l'utérus sont beaucoup plus durs que d'ordinaire, sensibles à la palpation. Cette dureté augmentait périodiquement.

Présentation droite postérieure. Bruits fœtaux à droite, écoulement leucorrhéique abondant et épais.

Vu la tension de l'utérus, l'ancienneté des caillots, les douleurs intolérables, l'état du segment inférieur et enfin l'apparition de l'hémorrhagie au neuvième mois, l'auteur a éliminé l'insertion vicieuse du placenta et a supposé un décollement prématuré du placenta, inséré normalement, ce qui a été confirmé après la délivrance.

Trois jours après, l'enfant avait une conjonctivite.

L'examen bactériologique a démontré dans le mucus de l'utérus la présence de gonocoques.

L'examen microscopique démontre que les modifications de la caduque portent le caractère d'un processus inflammatoire de date récente.

Dans les coupes du placenta, dans la caduque utérine près de sa surface, où l'infiltration était très prononcée, l'auteur a trouvé dans le protoplasma des cellules rondes, des gonocoques ; dans la caduque sérotine et dans la réfléchie il n'a rien trouvé.

L'auteur croit que cette endometritis decidualis gonorrhoica a été la cause du décollement prématuré du placenta. En provoquant l'infiltration, elle a rompu l'adhérence des cellules ; l'endroit de l'union du placenta avec l'utérus est devenu plus friable, ce qui constituait une cause de son décollement. Le décollement a pu avoir lieu, parce que, prédisposé, il a été produit par l'hémorrhagie due à l'endométrite interstitielle.

(A suivre.) D^r^ RECHTSAMER.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^ie^, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1897

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'INFECTION DES KYSTES DE L'OVAIRE

Par **G. Heinricius**.
Professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de Helsingfors (Finlande).

Observation. — A. L..., 26 ans, primipare, née à Helsingfors, admise à la maternité le 4 novembre 1895, à 12 h. 15'. Dernière menstruation au commencement de février 1895; premiers mouvements du fœtus au milieu de mai. Bien portante pendant la grossesse. Pas d'albumine dans l'urine. Les douleurs ont commencé le 3 novembre à 8 h. du soir.

Le 4, à 12 h. 30, l'orifice de la matrice laissait passer 2 doigts, la tête dans le détroit supérieur en O. I. G. A. Les eaux s'écoulent à 1 h. 55' du matin. A 2 h. 10' l'orifice de la matrice est complètement dilaté, la tête dans l'excavation en O. P. L'enfant naît à 4 h. 7'. L'arrière-faix est expulsé à 4 h. 12'. Garçon vivant, du poids de 3,400 gr.

Le 6, le fond de la matrice est à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; on administre 2 grammes d'ergot de seigle par jour.

Le 7, utérus sensible, compresse échauffante, temp. 38°,1 le soir.

Le 8, temp. mat. 38°,3, soir 39°. Sac de glace sur l'abdomen, 40 gouttes de teinture d'opium par jour. Utérus très sensible s'étendant jusqu'à 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Irri-

gation intra-utérine avec une solution phéniquée à 2 p. 100 (1 litre à 47°).

Le 9 temp. mat. 38°,9, soir 38°,5. Au curettage de la cavité utérine, on enleva une pleine cuillérée des restes de la caduque. Irrigation avec une solution phéniquée à 2 p. 100.

Le 10, temp. mat. 39°,1, soir 39°,8. A 2 h. soir, injection d'une seringue de Pravaz d'une solution d'ergot. A 9 h. 25' injection de 2 seringues de sérum anti-streptococcique de Marmoreck dans la paroi abdominale. Utérus fortement augmenté de volume, incliné à droite ou à gauche suivant la position prise par la malade, s'étend dans l'hypocondre jusqu'aux côtes. On n'administre plus d'opium.

Le 11, temp. mat. 38°,5, soir 39°,2. A 3 h. soir on fait une irrigation intra-utérine avec 2 litres de solution phéniquée à 2 p. 100 à la température de 47° C. toutes les heures.

Le 12, temp. m. 38°,9, soir 39°,4. Le fond de l'utérus est à un travers de doigt au-dessous des côtes, très sensible. Morphine pour la nuit.

Le 13, temp. m. 38°,9, soir 39°,4. L'utérus a le même volume, mais il est moins sensible.

Le 14, temp. matin et soir 39°,4. Irrigation intra-utérine avec une solution phéniquée à 1 p. 100, à 46° C.

Le 15, temp. matin 39°,4. On constate, à l'aide d'un instrument en forme de cuiller introduit par le vagin dans l'utérus, que la distance de l'orifice extérieur de la matrice au fond de la cavité n'est pas supérieur à 10 centim. A travers les parois abdominales on sent la cuiller introduite dans la cavité à une largeur de main au-dessus du pubis et à trois travers de doigt à droite de la ligne médiane. Irrigation intra-utérine de la solution phéniquée à 2 p. 100. On sent, au toucher, à travers la paroi abdominale une résistance très sensible, s'étendant vers le haut jusqu'aux côtes, et vers le bas jusqu'à 2 travers de doigt de l'épine iliaque antérieure, supérieure, vers l'intérieur à 2 travers de doigt de la ligne blanche, vers l'extérieur jusqu'à une ligne tirée de la dernière côte vers le bas. La résistance offre une dureté homogène. Une ponction avec la seringue de Pravaz fait sortir du pus.

Il est clair alors que l'induration sensible reconnue au toucher le 15 novembre, contenant du pus, nettement limitée et s'étendant jusqu'aux côtes n'était pas l'utérus. Cet organe s'est con-

tracté de manière qu'on peut facilement en sentir le fond à une largeur de main au-dessus du pubis. Cette résistance, qui jusqu'ici avait été considérée comme ne faisant qu'un avec la matrice puerpérale et qui avait été prise pour la partie supérieure de cet organe, maintenant que la matrice a subi une assez grande involution, est évidemment une formation indépendante de l'utérus. Ni la sage-femme qui assistait à l'accouchement, ni les autres personnes qui ont donné ensuite leurs soins à l'accouchée n'ont remarqué aucune tumeur particulière soit à l'utérus, soit séparée de celui-ci ; et lorsque deux jours après l'accouchement je palpai l'abdomen je ne crus pas non plus que cette résistance fût autre chose que la matrice puerpérale mal involuée. Comme les symptômes d'infection apparurent, on diagnostiqua une endométrite puerpérale et une métrite, et un traitement approprié fut prescrit pour celle-ci. Mais, lorsqu'on eut reconnu que la résistance décrite ci-dessus était indépendante de l'utérus et qu'elle contenait du pus, on diagnostiqua un abcès et l'on résolut de l'inciser et de le vider.

Le 15, à 11 h. matin, on fit l'incision abdominale dans la semi-pronation gauche. Incision longitudinale d'environ 10 centim. de longueur sur le haut de la résistance ; après avoir incisé la paroi abdominale et le péritoine, il s'écoula une légère quantité de pus sanguinolent, fluide, ayant une certaine odeur fécaloïde. Dans la plaie on aperçut la paroi tendue d'un kyste, de couleur gris clair, qui fut ponctionné avec la seringue de Pravaz, et l'on retira du pus. On reconnut avec le doigt que le kyste avait une forme allongée et était à peu près du volume d'une grosse tête d'enfant nouveau-né, s'étendant transversalement sous la paroi abdominale antérieure, adhérant légèrement à cette dernière, muni à gauche d'un large pédicule. L'ovaire droit n'a subi aucun changement. L'utérus a le volume d'un gros poing. Pendant qu'on essayait de dégager le kyste de ses adhérences et de l'amener vers la plaie, il s'écoula du kyste une assez grande quantité de pus d'une odeur infecte, qui sortit presque totalement par la plaie de l'abdomen. Afin de pouvoir extirper le kyste, l'on dut faire une incision transversale à angle droit avec la première, le kyste fut saisi avec des pinces de Nélaton, sorti par la plaie, et ce n'est qu'avec une certaine difficulté qu'on put atteindre le pédicule pour y faire quatre ligatures en chaîne, puis il fut coupé

et le kyste sorti. La cavité abdominale fut lavée avec une solution physiologique de sel de cuisine, le grand épiploon, de couleur un peu suspecte, fut réséqué en partie, les bords de la plaie furent réunis de manière à laisser une ouverture au milieu, par laquelle on introduisit un tamponnement de Mikulicz pénétrant assez loin entre les intestins.

En résumé, l'induration constatée n'était pas un abcès ordinaire, mais un kyste de l'ovaire gauche, situé presque en entier dans la partie supérieure de l'abdomen, y adhérant et ayant suppuré pendant la puerpéralité.

Après l'opération la température tomba et devint normale; l'état de la malade devint satisfaisant.

Le 17, on retira le tamponnement imprégné du liquide sécrété par la plaie; par l'ouverture de celle-ci on aperçoit les parois des intestins. Quelques sutures qui avaient été placées des deux côtés de l'incision pour être resserrées plus tard, sont nouées maintenant. On introduit une petite mèche de gaze.

Le 19, on diminue la mèche.

Le 20, lavement, évacuation.

Le 22, le bandage et la mèche sont changés. On enlève une suture sur deux.

Le 24, toutes les sutures sont enlevées. Réunion primitive de la plaie sur la périphérie ; au milieu, une cavité remplie de granulations. Tampon de gaze iodoformée.

Le 4 décembre la plaie est comblée presque au niveau de la peau. Aucun trouble pendant la guérison.

Le 8, il reste encore une granulation superficielle sur la plaie. La femme sort bien portante de la maternité.

L'examen bactériologique de ce cas a été fait par M. A. Lindholm, chef de clinique, et nous en faisons le compte rendu d'après les résultats obtenus par M. Lindholm dans ses recherches :

Examen bactériologique du sang, le 11 novembre 1895. — Résultat négatif ; ponction d'une veine au pli du coude droit. Ensemencement dans deux tubes de gélose d'un peu plus d'un centim. cube de sang. Pas de culture.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DES LOCHIES. — Vu l'état de gravité de la malade, cet examen n'a pu être fait avec les mesures de précaution nécessaires pour éviter avec certitude le mélange avec la sécrétion du canal cervical. Dans les *préparations microscopiques*, on aperçoit des cellules de pus, des *gonocoques* typiques en nombre restreint, un petit nombre de minces *bacilles* ainsi qu'une grande quantité de *diplocoques* ovales qui se laissent colorer par le Gram.

Dans les *cultures* sur gélose inclinée, il se développe quelques rares colonies, dont il faut attribuer l'existence probablement aux impuretés provenant du canal cervical ; on peut par conséquent les laisser de côté. Bien que les lochies contiennent des bactéries en grande quantité, comme on le voit à l'examen microscopique, la culture aérobie de ces dernières sur gélose donne pourtant un résultat négatif. L'infection streptococcique, forme ordinaire de l'infection pyogénique intra-utérine, n'existe donc pas ici. En même temps que les gonocoques, on aperçoit dans les lochies une grande quantité de diplocoques ovales, qui ne se développent pas non plus sur gélose dans les cultures aérobies. Malheureusement il n'a pas été fait de culture anaérobie. Nous reviendrons plus loin sur ces diplocoques.

Le 15. Pendant l'opération on recueille pour l'examen bactériologique :

1° Du liquide de la cavité abdominale ;

2° Le contenu du kyste.

On en fait ensuite des cultures sur gélose ordinaire, glucosée et glycérinée, aussi bien par les procédés aérobies ordinaires qu'en couches épaisses (d'après Liborius) pour les cultures anaérobies. Tous les tubes sont restés stériles.

Dans les préparations microscopiques faites avec de l'exsudat de la cavité abdominale, on aperçoit une quantité de globules rouges, un certain nombre de leucocytes mononucléés et polynucléés et quelques rares cocci allongés, groupés par deux pour la plupart, ayant la forme de diplocoques, mais disposés aussi en courtes chaînettes de 4 et quelquefois 6 individus.

Dans les préparations faites avec le contenu du kyste, on voit des globules rouges, des leucocytes en grand nombre, quelques grandes cellules rondes à gros noyau et des microcoques plus nombreux que dans l'exsudat péritonéal, surtout dans les prépa-

rations faites avec les produits du grattage de la paroi interne du kyste. Ces microcoques affectent la même forme et la même disposition que ceux trouvés dans la cavité abdominale, à cela près pourtant que, dans le contenu du kyste, on ne voit que des diplocoques et pas de chainettes.

Les diplocoques se trouvent ordinairement dans le voisinage immédiat des cellules ou à l'intérieur de celles-ci. Cela concerne surtout les préparations provenant de la paroi interne du kyste, lesquelles sont plus riches en cellules; par places, on aperçoit à l'intérieur des cellules, autour des noyaux, plusieurs diplocoques groupés irrégulièrement; les éléments qui constituent ces diplocoques sont disposés suivant l'axe.

Traités par les couleurs à base d'aniline (violet de gentiane, solution d'Ehrlich, fuchsine phéniquée, bleu de méthylène de Lœffler), les microcoques ne se colorent que faiblement et d'une façon inégale, surtout ceux renfermés dans le plasma des cellules. Ils se décolorent en outre par le Gram.

Examen de la paroi du kyste. — La paroi mesure de 3 à 5 millim. d'épaisseur, elle a une structure lamellaire. Sur la coupe colorée, on voit du tissu conjonctif fibrillaire, dans les interstices duquel il y a des cellules fixes et des leucocytes en assez grand nombre, en partie mononucléés, en partie polynucléés; de plus, on aperçoit des vaisseaux dilatés. La couche interne de la paroi du kyste est infiltrée de cellules rondes. On observe ici, groupés irrégulièrement autour des noyaux, des diplocoques ovales de même forme et de même grandeur que ceux trouvés dans le contenu du kyste. Les bactéries ont par conséquent pénétré dans la paroi du kyste, mais on ne peut suivre plus loin leur route avec certitude à travers la paroi de la tumeur. Les cocci trouvés dans la paroi du kyste se décolorent par le Gram. La meilleure méthode de les colorer dans les coupes est de traiter ces dernières pendant plusieurs heures par le bleu de méthylène de Lœffler et de les décolorer ensuite pendant quelques secondes dans une solution d'acide acétique à 1 p. 100.

Le contenu du kyste, la paroi de celui-ci et l'exsudat péritonéal renfermaient, comme on vient de le voir, des cocci dont la présence doit, sans aucun doute, être mise en rapport avec l'infection putride du kyste.

De quelle nature sont ces bactéries ? Sont-elles identiques aux diplocoques ovales qu'on a trouvés en abondance dans les lochies, et quelle importance faut-il attribuer à ces dernières ?

Selon toute probabilité, il faut admettre dans ce cas une infection putride de la cavité utérine ; les troubles survenus pendant la puerpéralité ont été causés par des bactéries saprogènes.

Comme on l'a dit plus haut, il y avait dans les lochies, outre un petit nombre de gonocoques, des espèces microbiennes qui ne donnent pas de cultures aérobies. Ces microbes sont, pour la plupart, des diplocoques ovales qui prennent bien le Gram. J'ai trouvé de semblables cocci dans du pus d'odeur fécaloïde provenant d'un cas de pyocèle rétro-utérin et dans le pus d'une fistule abdominale, qui s'était produite à la suite de l'extirpation d'un pyosalpinx adhérent à l'intestin; outre les diplocoques de la forme décrite ci-dessus, il y avait aussi d'autres espèces : bâtonnets et cocci de grandeur et de forme variables. Ces bactéries ne se laissent pas cultiver dans les milieux nutritifs à l'air libre ; une fois seulement, dans une culture sur gélose glucosée en couches profondes, j'ai réussi à isoler une espèce de cocci de forme ovale. Elles appartiennent à un groupe de micro-organismes peu observés jusqu'ici, les bactéries saprogènes, exclusivement anaérobies, douées de la propriété de déterminer une décomposition putride de l'albumine. Je suis d'avis de ranger dans la même classe les diplocoques et les bâtonnets trouvés dans les lochies de la femme en question, bien que je n'aie pas réussi à les obtenir en culture pure et que je n'aie pu approfondir l'étude de leurs propriétés.

Dans un ouvrage récemment paru, Krœnig (1) donne d'importants éclaircissements sur la présence des bacté-

---

(1) Menge und Krœnig. *Bakteriologie der weiblichen Genitalkanales.* Leipzig, 1897.

ries anaérobies dans les lochies des femmes atteintes d'infection puerpérale saprémique. Il a isolé des lochies plusieurs espèces exclusivement anaérobies, entre autres des diplocoques et de fins bâtonnets. Il faut vraisemblablement rapporter à ces espèces étudiées par Krœnig les bactéries dont j'ai constaté la présence dans les lochies ; mes conjectures sur la nature de ces bactéries ont été ainsi vérifiées ultérieurement.

Je ne puis décider avec certitude si les cocci trouvés dans le kyste sont identiques aux diplocoques des lochies, puisqu'il n'a pas été possible d'en obtenir des cultures pures et d'étudier de plus près leurs propriétés. Quant à leurs caractères morphologiques, on peut dire que les cocci du kyste sont un peu plus petits que les diplocoques trouvés dans les lochies, si du moins leur forme est assez semblable ; de plus, les diplocoques des lochies se colorent bien par le Gram, tandis que ceux du kyste se décolorent par cette même méthode et qu'ils montrent en général une faible affinité pour les couleurs à base d'aniline. Pourtant ces différences morphologiques peuvent s'expliquer, si l'on admet que les diplocoques trouvés dans le contenu du kyste sont dans un état de dégénérescence. Ils ont perdu même la faculté de se développer dans les milieux nutritifs artificiels. Même en culture anaérobie, dans une couche profonde de gluco-gélose, aucune végétation n'apparaît, tandis que les diplocoques des lochies, par analogie avec ceux étudiés par Krœnig, se seraient probablement développés si les tentatives de culture avaient été faites de la manière qui vient d'être dite.

Le liquide du kyste leur a fourni un milieu nutritif convenable, et ils se sont trouvés dans des conditions anaérobies favorables ; ils se sont rapidement développés, mais après avoir bientôt absorbé les matières nutritives, ou bien donné lieu à des productions nuisibles à leur propre existence, ils meurent peu à peu. On peut cependant les voir encore dans les préparations colorées, et le liquide dans lequel ils se sont développés possède encore des propriétés toxiques,

pyrétogènes. La marche clinique, à la suite de l'opération parle aussi en faveur de cette hypothèse : aussitôt après l'extirpation du kyste, la température est tombée, et il s'est immédiatement produit une amélioration évidente dans l'état de la malade.

Si l'on compare la marche clinique de la maladie avec les résultats de l'examen bactériologique, il ressort ce qui suit :

Chez une jeune femme ayant un kyste de l'ovaire, qui ne s'était manifesté par aucun symptôme auparavant, il survint pendant la puerpéralité une infection qui fit abcéder la tumeur, et une forte fièvre se déclara. Quand il s'agit de déterminer la porte d'entrée de l'infection, l'attention se porte, dans ces circonstances, en premier lieu sur le canal génital. Or, nous sommes bien en présence d'une infection intra-utérine, car on trouve dans les lochies un grand nombre de micro-organismes, tandis que dans les couches normales elles en sont, comme on le sait, exemptes.

Bien qu'il n'y ait pas de témoignages probants de l'identité des diplocoques trouvés dans le kyste avec ceux des lochies, il est pourtant plus que probable que ces cocci ont passé de la cavité utérine dans le kyste; de même qu'un abcès de l'ovaire peut survenir dans une infection puerpérale par les streptocoques, ils ont probablement pénétré dans le kyste par les voies lymphatiques ou par les thromboses des veines, et produit à la suite une décomposition putride.

Il y avait aussi une infection péritonéale, car on trouva dans l'exsudat péritonéal des bactéries du même genre. On n'a pu s'expliquer par quelle voie ces micro-organismes ont pénétré dans la cavité abdominale ; il est possible qu'ils aient traversé la paroi du kyste, car les couches internes de celle-ci renfermaient des bactéries, pourtant il n'a pas été possible de les suivre plus loin à travers la paroi du kyste.

Ajoutons que Menge vient de publier des recherches minutieuses sur un cas de péritonite putride avec issue mortelle, causée par un diplocoque ovoïde, exclusivement anaé-

robie, qui, dans une opération pour un pyosalpinx, avait passé de la trompe de Fallope dans la cavité péritonéale Par conséquent, ces bactéries saprogènes anaérobies peuvent être pathogènes pour le péritoine. Dans notre cas la malade s'est rétablie, bien qu'il y eût dans la cavité abdominale une sécrétion séreuse infectée.

L'infection d'un kyste de l'ovaire réellement préexistant peut être causée par différentes espèces de micro-organismes: les saprophytes, les microbes pyogènes et septiques, le bacterium coli commune, le gonocoque, les bacilles du typhus et de la tuberculose. Pour tous ces micro-organismes, le contenu liquide d'une tumeur ovarique peut, dans certaines circonstances, servir de milieu nutritif convenable dans lequel ils se multiplient et amènent ainsi secondairement des changements dans la composition de ce milieu nutritif et dans la paroi du kyste. Ces changements sont accompagnés de symptômes cliniques et exigent souvent l'intervention de l'opérateur.

Mangold (1) qui, sur l'invitation de Bumm, à Bâle, a réuni les principaux cas d'infection de kyste de l'ovaire antérieurement publiés, prétend que le liquide du kyste n'offre pas un milieu nutritif également favorable au développement de tous les micro organismes et que la nature du liquide paraît avoir une influence importante sur leur développement. Plus le contenu du kyste est visqueux et épais et riche en substance colloïde, plus les micro-organismes ont de peine à se développer ; tandis qu'un liquide plus séreux et plus fluide forme un bon milieu nutritif, même pour les gonocoques, qui ne se laissent pas cultiver du reste si facilement. Le contenu d'un kyste récemment ponctionné, peut aussi, comme le sang et les autres liquides de l'organisme, posséder des propriétés bactéricides. Toutes ces circonstances expliquent des phénomènes cliniques qui sans cela resteraient incompréhensibles.

(1) *Ueber die Infection der Ovarialkystome.* Inaug. Diss., Basel, 1895.

Le nombre des cas pour lesquels nous devons admettre, d'après les idées qui ont cours, qu'il y a eu infection du kyste, est certainement considérable, mais la description de ces cas est ordinairement si défectueuse qu'on peut rarement en déduire une conclusion certaine, et le plus souvent il n'y a pas eu d'examen bactériologique sérieux.

L'infection par les *saprophytes* est la plus ordinaire et était très commune à l'époque où les ponctions jouaient un si grand rôle dans la thérapie des kystes de l'ovaire.

L'infection était ordinairement causée par le contact d'un instrument malpropre, par la peau, ou par l'air. Il faut aussi admettre la possibilité pour ces micro-organismes de pénétrer dans le kyste par les vaisseaux sanguins dans les affections pyémiques, ou directement des cavités voisines, surtout des intestins. Weil (1) explique une pareille décomposition « spontanée » du contenu du kyste en disant que les matières causant la décomposition putride ou les bactéries sont venues dans le kyste par les vaisseaux sanguins. Olshausen (2), au contraire, dit que les organismes amenant la décomposition proviennent le plus souvent des intestins, ordinairement quand il y a de larges et fortes adhérences entre la paroi du kyste et plusieurs anses d'intestin et surtout à la suite d'une torsion du pédicule. Aronson (3) partage l'opinion de Weil, attribuant la plus grande importance aux lésions mécaniques qui préparent un terrain favorable au passage des bactéries circulant dans le sang. Thorn (4), à son tour, se range à l'avis d'Olshausen et repousse l'opinion de Günther (5) : que la torsion du pédicule doit naturellement amener une inflammation, une sécrétion de pus, la gangrène et la putréfaction. C'est un fait bien connu

(1) *Prager med. Wochenschrift*, 1878, n° 43, p. 432.

(2) *Die Krankheiten der Ovarien*, p. 105.

(3) *Zur Ruptur, Vereiterung und Achsendrehung von Ovarialcysten.* Diss. Zürich, 1883.

(4) *Ueber die Achsendrehung der Ovarientumoren.* Diss. Halle, 1877.

(5) *Ueber die Achsendrehung der Ovarientumoren.* Diss. Berlin, 1879.

qu'une simple torsion du pédicule, même si elle interrompait complètement la circulation, ne serait pas suffisante pour causer la putréfaction. Mangold, qui trouve que l'opinion d'Olshausen comporte en elle-même quelque vraisemblance, prétend que la putréfaction apparaît à la suite de la torsion du pédicule seulement quand il y a une infection secondaire avec des *bactéries putréfiantes*. Cependant, on ne peut expliquer le fait qu'il y a souvent de fortes adhérences entre les intestins et le kyste sans qu'il y ait pour cela de putréfaction, et que dans d'autres cas, où il n'y a que de légères adhérences ou même pas du tout, la putréfaction survient. Il ne faut pas oublier non plus que les adhérences se produisent ordinairement quand le contenu du kyste est déjà entré en putréfaction.

On peut expliquer la putréfaction du contenu du kyste pendant la puerpéralité, d'après Mangold, par l'introduction de saprophytes provenant des intestins quand il y a eu pendant l'accouchement des lésions mécaniques, qui de leur côté ont contribué à la formation d'adhérences. Mais cette explication ne convient pas à tous les cas de putréfaction pendant la puerpéralité; il faut aussi admettre une infection par les voies sanguines. Cette dernière peut se produire de deux manières : à la suite d'une endométrite putride, une veine thrombosée sera infectée au placenta, infection qui par cette voie se propage dans le plexus spermatique, de celui-ci par les veines dans la paroi du kyste, et finalement la matière infectieuse pénètre dans la tumeur. La phlébite diminue, mais l'infection du kyste ne disparaît pas. L'autre manière serait, que dans le cas d'une endométrite putride les bactéries qui sont dans la circulation trouvent dans le contenu du kyste un terrain favorable à leur développement, tandis qu'elles sont bientôt détruites dans les autres parties de l'organisme.

Les symptômes de la putréfaction du contenu du kyste comme les frissons, la fièvre, l'accélération du pouls, indiquent pourtant une marche moins violente dans les cas où

l'état général est moins grave, que dans les infections septiques. La déperdition des forces est plus lente. Les symptômes locaux sont aussi moins accusés. L'accroissement rapide du kyste, parfois accompagné de la formation de gaz, décèle souvent la putréfaction.

L'ovariotomie, qui est toujours indiquée dans les cas de putréfaction de tumeurs, est une des opérations les plus utiles, car on aura rarement l'occasion de voir une amélioration aussi rapide dans l'état du malade qu'après cette opération. Si l'on parcourt dans Spencer Wells et Keith la description des premières ovariotomies dans les cas de putréfaction, on voit que c'est justement le succès dans les cas où les malades étaient considérées comme perdus, qui a contribué à rendre cette opération générale.

L'infection septique des kystes de l'ovaire est causée par des micro-organismes pyogènes : le streptocoque pyogène, le staphylocoque doré, le blanc et le jaune (citreus). Dans la plupart des cas où le contenu du kyste est visiblement purulent, on peut admettre que l'infection a été causée par des cocci pyogènes. Pourtant il ne faut pas oublier que le bacterium coli peut être pyogène et que l'on peut trouver du pus sans qu'il y ait pour cela des micro-organismes, ou du moins sans que ces derniers jouent aucun rôle.

La cause de l'infection septique dans les tumeurs ovariques est en premier lieu la ponction, qui introduit des cocci pyogènes trouvant dans le contenu un terrain favorable, que ces derniers soient seuls ou associés à d'autres micro-organismes, surtout les saprophytes. Dans la puerpéralité l'infection septique du kyste peut se produire par quatre voies : 1) par la voie des lymphatiques à l'ovaire ou au pédicule et de là à la tumeur ; 2) dans la péritonite pelvienne la matière infectieuse pénètre dans le kyste par son enveloppe péritonéale ; 3) par les vaisseaux sanguins directement, ou par les thromboses des veines qui s'étendent du placenta au ligament large, ou au pédicule, ou indirectement dans l'état pyémique, lorsque les matières infectieuses en

circulation dans le sang s'attachent immédiatement au kyste, ou y pénètrent par l'intermédiaire des parties détachées de thrombus infectés ; 4) par la trompe de Fallope. Même si l'infection puerpérale diminue, les microbes du kyste peuvent conserver longtemps leur caractère virulent.

Dans l'infection septique des tumeurs ovariques, à l'opposé des infections putrides, il y a presque toujours de l'inflammation dans l'enveloppe péritonéale de la tumeur, et des adhérences aux organes voisins. Les symptômes sont variables, présentant parfois une violente réaction locale avec de grands troubles dans l'état général, offrant d'autres fois de légers troubles locaux sans influence particulière sur la malade.

Lorsque l'ovariotomie est indiquée, dans les cas d'infection putride, Mangold trouve qu'il est difficile de déterminer avec certitude le moment de procéder à l'opération; plusieurs cas nous ont montré, en effet, qu'il peut se trouver des foyers septiques dans les adhérences, autour des tumeurs, lesquels peuvent être ouverts pendant l'opération et vidés de leur contenu dans la cavité abdominale. Surtout dans les infections puerpérales le danger d'une infection générale causée par l'opération serait grand, puisque la mortalité dans cette opération s'élève, d'après la statistique de Mangold, à 35 p. 100.

On trouve assez souvent dans les publications des observations analogues d'infection du contenu du kyste de l'ovaire après une ponction ou une incision, mais jusqu'ici le contenu du kyste a rarement été examiné au point de vue bactériologique.

Dans la plupart des cas d'extirpation de kystes infectés de l'ovaire, soit pendant la puerpéralité, soit indépendamment de celle-ci, il n'a pas été fait d'examen bactériologique du contenu du kyste ou de sa paroi, ni d'essais de culture ou d'inoculation. On trouve pourtant déjà quelques descriptions d'examens bactériologiques de kystes de l'ovaire infectés.

Mangold (1) rapporte un cas opéré par Bumm en 1893 montrant la variété des micro-organismes qui peuvent se développer à la suite d'une ponction dans une tumeur ovarique.

Une femme mariée, âgée de 58 ans, avait déjà en 1886, dans l'abdomen, une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte; en 1890 cette tumeur avait atteint le volume d'un utérus vers la fin de la grossesse. En 1892, elle augmenta rapidement et provoqua une forte dyspnée, on dut pratiquer une ponction le 13 avril 1893. Cependant la grosseur s'accrut avec tant de rapidité qu'on pratiqua une seconde ponction à la fin de juillet. Au commencement d'octobre, il fallut entreprendre une troisième ponction, qui fut immédiatement suivie de frissons, de fièvre et de diminution des forces.

Le 19 novembre on pratiqua l'ovariotomie. A la ponction du kyste, il sortit une grande quantité de liquide brun foncé, extrêmement infect, contenant des bulles de gaz, qui s'était amassé hors de la cavité abdominale; pourtant une partie du contenu du kyste avait coulé dans la cavité pelvienne, que l'on nettoya avec des compresses imbibées de solution phéniquée et que l'on draina par l'angle inferieur de la plaie. Le kyste fut extirpé. Après l'opération la fièvre cessa et la malade se rétablit.

A l'examen microscopique de la coupe de la paroi du kyste, on aperçut des bactéries en groupes, surtout des cocci du genre des zooglées et, en outre, des bâtonnets épais et courts ainsi que des bacilles allongés. Avec du liquide recueilli du kyste, on fit cinq cultures sur gélose qui au bout de deux jours offrirent déjà une vive végétation avec une production de bulles de gaz. A l'aide de ces cultures, on a obtenu dans le vide : 1) le staphylocoque blanc pyogène, qui est aussi aérobie, 2) un très petit diplocoque seulement anaérobie, avec production de gaz, 3) un bacille épais et court semblable au bacterium coli commune, avec production de gaz, aérobie et anaérobie, 4) un champignon de ferment, coloré en rose, se développant en culture aérobie, 4) un champignon de moisissure, qui ne peut être déterminé d'une façon plus précise, se développant en taches gris blanc à la surface de toutes les plaques.

(1) *Loc. cit.*, p. 8.

Bumm (cité par Mangold, *loc. cit.*, p. 48) diagnostiqua, le 10 février 1893, à la suite d'un accouchement, un kyste qu'il extirpa le 5 juin. Ce kyste avait causé de la fièvre et des symptômes de péritonite, et était recouvert partout de fraîches adhérences fibrineuses.

A l'examen microscopique du contenu, de couleur brun foncé, on voit des cellules de pus, des filaments de fibrine et de nombreux cocci en chaînettes. Dans la culture sur gélatine se développent des streptocoques.

Dans du bouillon, on aperçoit de nombreuses colonies en longues chaînettes. Quelques cavités des parois de la tumeur renferment du pus avec des streptocoques.

Dans ce cas les streptocoques étaient restés virulents pendant trois mois dans le pus du kyste et dans les amas de pus enkystés dans le péritoine. La malade est morte le jour même de l'opération.

Tavel et Lanz (*Ueber die Ætiologie der Peritonitis. Mittheilungen aus klinischen und medicinischen Instituten der Schweiz*, p. 116) ont fait l'examen du contenu de deux kystes dermoïdes provenant des deux ovaires opérés en 1892. Le contenu d'un des kystes était fluide, verdâtre, ayant une odeur infecte, présentant l'épithélium pavimenteux, des globules de pus désagrégés et les bactéries suivantes : 1) des cocci groupés comme les staphylocoques; 2) des bacilles ayant des renflements en forme de crosse (mit kolbenförmigen Anschwellungen), par 2 ou en groupes ressemblant beaucoup au bacille de la diphtérie; 3) des bacilles courts et épais ressemblant au bacterium coli; 4) des diplocoques souvent par tétrades comme les gonocoques, ne prenant pas le *Gram*. Dans les cultures sur gélose inclinée, parmi les nombreuses colonies de micro-organismes ayant l'aspect de bacterium coli, on aperçoit aussi des staphylocoques et des bacilles rappelant les bacilles de la diphtérie.

Herzfeld (*Klinischen Bericht über 1000 Bauchhöhlen Operationen*, 1895, p. 148, cit. par Mangold, *loc. cit.*, p. 64) rapporte le cas d'un kyste dermoïde chez une fille de 16 ans; le contenu était sanguinolent et mélangé de lambeaux de tissu ; il renfermait des staphylocoques. La malade mourut de septicémie trois jours après l'opération.

Schauta, cité par Mangold (*loc. cit.*, p. 64), extirpa en 1895 un

kyste de l'ovaire où il y avait torsion du pédicule. Le liquide ne contenait que quelques rares diplocoques. La malade mourut de pneumonie huit jours après l'opération.

Bloch. — (Remarques à propos de 40 ovariotomies. *Hospitals Tidende*, 10 janvier 1894, p. 35.) — Kyste intra-ligamentaire. On en tira 150 c.c. d'un liquide visqueux, jaune, épais, purulent et d'une odeur infecte; il renfermait des diplocoques, des streptocoques et des bacilles. La malade avait de la fièvre avant l'opération et elle avait été ponctionnée deux jours avant l'extirpation. Pendant l'opération les adhérences furent détachées. Malgré l'irrigation de la cavité péritonéale avec de l'acide borique et l'introduction d'un drain dans celle-ci, la malade mourut le troisième jour après l'opération.

Chez une malade qui avait un kyste multiloculaire intra-ligamentaire très friable, que l'on détacha avec beaucoup de difficulté de la cavité pelvienne, le contenu du kyste, semblable à de la gelée et purulent, renfermait des staphylocoques offrant en culture un aspect jaune blanc. Malgré un lavage fait avec soin, la malade eut une péritonite pelvienne et mourut six jours après l'opération.

Dans le contenu (1,500 c. c.) d'un kyste parovarique de couleur brun foncé, fortement mélangé de sang, on trouva le staphylocoque pyogène blanc en culture. L'opération avait été compliquée et avait exigé plusieurs manipulations; il se peut qu'une partie du contenu du kyste ait pénétré dans la cavité abdominale; la malade mourut quatre jours après l'opération.

Werth (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1893, nos 21, 25), — 29 ans. Typhus en octobre et novembre 1891. Admise le 2 juin 1892. Dans l'abdomen, une tumeur elliptique, mobile, s'étendant obliquement vers la droite. Ovariotomie le 4 juin 1892. Le kyste part du ligament large gauche; pas de torsion du pédicule. Le contenu est un pus renfermant des masses adipeuses isolées et des poils courts. Guérison. Les cultures du contenu faites sur gélatine n'ont donné que le bacille d'*Eberth*.

Sudeck (*Münchener med. Wochenschrift*, no 21, 1896). — 32 ans; avait eu le typhus 7 semaines auparavant; il y a 3 semaines on remarqua que l'abdomen avait augmenté de volume. Dans l'hypogastre on trouve une tumeur dont le sommet remonte un peu au-dessus de l'ombilic. Fièvre hectique. Ovariotomie le

11 novembre 1895. Tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant de 10 ans. Adhérences à l'utérus et au péritoine pariétal. Kyste uniloculaire, à paroi d'un centim. d'épaisseur, recouverte à l'intérieur d'un pus épais et de fibrine. Contenu de couleur chocolat, d'odeur infecte, flocons de pus épais. A l'examen microscopique, on ne voit pas de bactéries. Culture sur trois plaques de gélose glycérinée, à l'air et dans le vide. Il se développe de nombreuses colonies d'un seul genre de bacille, que l'on reconnaît pour le bacille d'Eberth. Dans la paroi de la tumeur on trouve le diplococcus lanceolatus (Fränkel)? La malade se rétablit.

LOHLEIN (*Zeitschrift f. praktische Aerzte*, 1896, Heft 7). — 32 ans; accouchée le 22 avril 1895. Pendant les couches l'abdomen augmente de volume et la fièvre se déclare. Laparotomie le 24 juillet 1895. Le péritoine pariétal est épaissi, adhérant partout à la tumeur.

Incision du kyste, 12 litres, liquide floconneux, jaune verdâtre, puriforme. Kyste intra-ligamentaire, adhérant fortement au côlon. Extirpation, sauf une petite partie de la paroi. Introduction d'un drain par l'angle inférieur de la plaie. Aussitôt après l'opération, le pouls descend de 144 à 106; la fièvre diminue aussi; température 37°. Dans le contenu du kyste on trouve le bacterium coli commune.

MENGE (*Bakteriologie der weiblichen Genitalkanales* von MENGE und KRONIG. Leipzig, 1897, I, p. 308). — Un kyste dermoïde à parois extrêmement minces avait été lésé à l'examen de la femme. Des symtômes de péritonite étant survenus, on entreprit la laparotomie 12 heures après. Dans la cavité abdominale on trouve une abondante masse purulente, fluide, d'odeur infecte et renfermant des flocons de fibrine. La séreuse intestinale est couverte de fibrine et a un aspect mat. La tumeur, flasque, de la grosseur d'une tête d'adulte, encore à moitié pleine, avait été rompue en un endroit, d'où s'écoulait un liquide semblable à celui qui s'était répandu dans la cavité abdominale. C'est à grand'peine que l'on put détacher la tumeur de ses adhérences avec l'intestin. La femme mourut d'une péritonite 36 heures après l'opération. Il y avait dans l'exsudat de la cavité abdominale et dans la tumeur un grand nombre de bacterium coli, qui, en culture, se sont développés d'une façon typique. Au microscope, la paroi de la tumeur présentait les signes d'une inflammation suraiguë, mais on ne put y constater la présence de bacilles.

Dans un autre cas de kyste dermoïde avec torsion du pédicule et adhérences à l'intestin grêle, la paroi de la tumeur se rompit pendant l'extirpation, et un liquide purulent et infect se répandit dans la cavité abdominale. La paroi de l'intestin fut aussi lésée en un endroit, mais elle fut immédiatement refermée sans donner le temps au contenu de l'intestin de s'échapper. Malgré un lavage soigneux de la cavité abdominale, la femme mourut d'une péritonite 8 jours après l'opération. L'examen bactériologique donna le même résultat que dans le cas précédent. L'examen de la paroi n'a pas été fait.

Dans deux cas de kystes de l'ovaire de moindre grosseur, à contenu putride, et qui avaient contracté sur une grande étendue de fortes adhérences avec les organes voisins, surtout avec l'intestin, on put faire l'extirpation de la tumeur et la débarrasser de ses adhérences sans léser les parois. L'intestin est resté intact. Dans l'exsudat infect de la tumeur (kystadénomes), on trouva des micro-organismes en culture pure ; dans l'une, le bacterium coli ; dans l'autre, le bâtonnet d'un saprogène anaérobie, qui dans la gélose glucosée donna une végétation active avec formation d'assez nombreuses bulles de gaz. Dans le premier cas, la paroi de la tumeur manquait presque complètement d'épithélium, elle était fortement infiltrée de petites cellules et présentait de nombreux foyers hémorrhagiques.

Bouilly (De la suppuration des kystes de l'ovaire. *La Gynécologie*, 15 juin 1896, p. 210). — Femme de 38 ans, IIpare, entra à la clinique le 30 mai 1896. Il y a trois ans environ, elle a senti son ventre grossir. Il y a six mois, au moment d'une crise fébrile, un médecin pratiqua une ponction exploratrice et retira un peu de liquide qui n'était pas purulent. L'état général est très mauvais, pas de fièvre. L'abdomen est rempli par une tumeur remontant en haut jusque sous les fausses côtes. On fait une ponction qui donne issue à un pus crémeux, bien lié, sans odeur : 2 litres et demi. Laparotomie. Le kyste à parois très épaisses est formé de plusieurs poches ; la principale occupe la partie antéro-latérale droite de la tumeur ; elle est tapissée par une membrane jaunâtre, granuleuse, analogue à la membrane pyogénique d'un abcès froid : c'est elle qui était suppurée. La paroi du kyste renferme dans son épaisseur une série de petits kystes à contenu variable. Les uns renferment du liquide séreux, les autres du liquide

hématique. A la face antéro-supérieure du kyste existait une large adhérence épiploïque et une solide adhérence pariétale ; elles sont très anciennes et très organisées, elles n'existent pas dans la région du kyste suppuré. Dans tout le reste de sa surface le kyste ne présente aucune adhérence. Le kyste fut extirpé facilement. Guérison. L'examen bactériologique du pus y a démontré la présence unique du staphylocoque blanc.

TROIS OBSERVATIONS DE SUPPURATION DE KYSTES DE L'OVAIRE

Par le Dr **Ed. Schwartz**,
Chirurgien de l'hopital Cochin.
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Dans deux des observations qui vont suivre, il s'agit de suppurations survenues à la suite d'un accouchement; il est difficile de ne pas admettre dans les deux cas, surtout dans le premier qui est, me semble-t-il, typique, une infection post-puerpérale ayant amené la suppuration d'un kyste préexistant.

Dans la troisième il s'agit d'une suppuration survenue chez une jeune fille de 22 ans, entachée de tuberculose, sans qu'il nous ait été possible de trouver d'autre cause à sa suppuration.

Observation I

Marie R..., âgée de 34, ans journalière, entre à la Charité le 13 juillet 1891. Réglée à 12 ans et demi, elle a eu 8 enfants dont 4 sont vivants. Elle vient d'accoucher du 8e le 4 juillet, après avoir traversé une bonne grossesse ; elle s'est bien aperçue que son ventre était plus gros que lors des précédentes et qu'après l'accouchement il n'était pas revenu sur lui-même. Elle fut prise, le 4e jour après l'accouchement, de douleurs très vives, de vomissements, de fièvre avec frissons répétés ; ce qui la fit admettre dans un service de médecine, salle Beau. On diagnostiqua une péritonite post-purpérale pour laquelle elle fut soignée

pendant deux mois. La veille de son passage dans le service de chirurgie on a retiré du ventre 2 litres de pus par une ponction, et on nous l'adresse avec le diagnostic de péritonite purulente.

Nous constatons les symptômes que voici : femme amaigrie, à visage terreux plombé, dans le demi-coma, ne répondant que difficilement aux questions : pouls 140; température variant de 39°,5 à 40°. Ventre très augmenté de volume, saillant en pointe, mais avec de la sonorité sur les flancs qui ne se déplace pas; matité partout ailleurs. Le toucher vaginal ne donne aucun renseignement; urines normales; large eschare au sacrum. Étant donnés les signes d'enkystement, les commémoratifs et la marche, nous pensons à un kyste ovarique suppuré plutôt qu'à une péritonite, et malgré l'état général précaire nous nous décidons à une laparotomie, seule chance de salut pour notre malade. L'opération est faite incontinent. Incision de la paroi anesthésiée par la solution de chlorhydrate de cocaïne au 1 p. 100; issue d'une grande quantité de liquide purulent mélangé de masses gélatineuses, de gros grumeaux caséeux. On reconnaît qu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire suppuré, rompu sous la paroi, adhérent de toutes parts excepté en avant. Dès lors on donne à la malade du chloroforme et on procède au décollement d'un énorme kyste de l'ovaire largement incisé et évacué de son contenu. Le kyste est adhérent partout au péritoine pariétal antérieur et latéral. Là il n'y a que de très molles adhérences intestinales. L'extraction se fait facilement; le pédicule, assez long, n'est pas tordu et est lié en deux parties. Comme le péritoine a été inondé de pus, on procède à un lavage avec 10 litres d'eau bouillie chaude, on assèche bien toute la cavité péritonéale, puis comme la malade est très bas, on se dépêche, pendant qu'on la pique à la caféine et à l'éther, de refermer le ventre par un unique plan de sutures laissant en bas passage à deux gros drains plongeant dans le petit bassin. Elle est réchauffée et reportée dans son lit. Glace sur le ventre. Champagne. Injections de caféine et d'éther. Les premiers jours se passent assez bien; les drains sont retirés le 4e et le 6e jour; elle a été à la selle dès le 3e jour. Le 7e jour la température, qui était tombée à 38°, remonte à 40° et on constate tous les signes d'une pneumonie des 2/3 inférieurs du poumon droit, qui évolue normalement. La malade, opérée le 7 septembre, peut être considérée comme hors de danger le 25 septembre. Elle reste dans le

service jusqu'en novembre et sort guérie complètement. Je l'ai revue depuis en excellent état.

C'est là certes un des cas les plus graves qu'il m'ait été donné d'opérer avec succès et j'avoue que d'avance je croyais la partie perdue; un seul phénomène me donnait quelque assurance, c'était l'intégrité du filtre rénal et la conviction qu'il ne s'agissait pas d'une péritonite généralisée à laquelle la malade n'aurait certes pas résisté aussi longtemps.

Observation II

Il s'agit d'une femme de 38 ans, qui me fut adressée par un de mes confrères en février 1896, pour une tumeur du ventre qui s'était montrée très rapidement après un accouchement, alors que pendant la grossesse il n'y avait eu aucun indice de sa présence. A. L... a accouché il y a 4 mois après une grossesse normale; l'accouchement fut long et laborieux; la malade resta couchée pendant un mois au moins avec de la fièvre et des signes non équivoques de péritonite. Une fois les accidents aigus disparus, on s'aperçut de la présence de la tumeur actuelle qui présente au premier abord la physionomie d'une nouvelle grossesse au 5ᵉ ou 6ᵉ mois.

L'inspection nous montre en effet une voussure à peu près médiane de l'hypogastre remontant jusqu'à l'ombilic. La percussion décèle de la matité sur toute l'étendue de la tumeur qui à la palpation est rénitente, voire même franchement fluctuante.

Au toucher vaginal le col est long, non entr'ouvert, laissant écouler pas mal de mucosités; les culs-de-sac sont effacés de chaque côté; le cul-de-sac antérieur est bombé et la fluctuation se transmet de la paroi abdominale au vagin.

Rien du côté des urines; aucune élévation de température, mais affaiblissement général et quelques douleurs lancinantes dans le bas-ventre. Le diagnostic est hésitant entre une pelvi-péritonite enkystée ou une tumeur liquide des annexes (ovaire ou trompe). Une ponction avec la seringue de Pravaz laisse sourdre du pus et nous décide à intervenir aussitôt.

Laparotomie le 18 février. Après incision de la paroi, on

tombe sur une poche qui a l'aspect d'un kyste ovarique enflammé; on en retire par la ponction un litre de pus couleur vert pistache; la poche étant largement adhérente à la paroi, on l'incise après protection de celle-ci, et on en retire encore autant de liquide purulent avec de nombreux grumeaux caséeux. Lavage de la poche à l'eau bouillie. Après cela, je cherche le plan de clivage dans le péritoine et j'arrive après quelques tâtonnements à énucléer un kyste à parois relativement minces qui est enclavé par sa base dans le ligament large sans que je puisse déterminer nettement son pédicule ; il n'y a plus d'ovaire de ce côté, c'est à ses dépens que s'est développé le kyste suppuré. Hémorrhagie en nappe assez abondante nécessitant un tamponnement à la Mikulicz.

Suites normales. Le tampon est retiré au bout de cinq jours. L'opérée nous quitte le 18 mars avec une fistulette non complètement fermée.

Observation III

Jeune fille de 22 ans, G. C..., entrée dans mon service à l'hôpital Cochin le 22 novembre 1895. Comme antécédents notables, à signaler un père mort tuberculeux ; la malade a eu une pleurésie vers l'âge de 10 ans ; elle s'enrhume assez facilement tous les hivers. Depuis l'âge de 14 ans, son ventre est plus volumineux, mais c'est depuis trois ans surtout qu'il a commencé à grossir. Il y a deux ans, quelques douleurs en même temps que l'augmentation de volume s'accentue.

Vers le milieu de l'année 1895 les douleurs s'accentuent et deviennent continues; la voussure augmente du côté de la région ombilicale. Vers les premiers jours de novembre une rougeur diffuse apparaît au-dessous de l'ombilic, et à son centre on voit se former quelques phlyctènes et du pus au-dessous d'elles.

C'est alors que la malade nous est adressée.

Elle est fatiguée, pâle, amaigrie; le pouls est accéléré, la température ne dépasse pas 37°,5. Le ventre est gros, proéminent au niveau de l'ombilic et à droite ; rougeur et grosse phlyctène sous-ombilicale d'où la pression fait sourdre du pus.

Sonorité dans les flancs; matité dans toute la région sous-ombilicale remplie par une masse dont il est difficile de déter-

miner la consistance et les contours, la pression étant très douloureuse. Le toucher vaginal ne donne aucun renseignement.

L'examen de l'état général nous montre, en dehors de ce que nous avons déjà signalé, qu'il y a peut-être quelques lésions tuberculeuses au début du côté du sommet du poumon droit.

Nous pensons à une péritonite tuberculeuse suppurée ouverte au-dessous de l'ombilic et nous conseillons une intervention qui est acceptée.

Celle-ci est pratiquée le 26 novembre 1895. On incise directement au niveau du point suppuré de la paroi que l'on traverse et on arrive dans une cavité remplie d'un magma caséeux, jaunâtre. Nous nous apercevons bientôt que nous sommes dans une poche adhérente à la paroi, friable, se déchirant sous l'influence de la moindre traction; le liquide purulent devient filant, comme gommeux et nous rappelle les liquides du kyste de l'ovaire mucoïde. C'était en effet un volumineux kyste de l'ovaire gauche, suppuré, que nous décortiquons plus ou moins facilement, que nous pédiculisons et extirpons en fin de compte en totalité. Au-dessous et en avant de lui, séparé par une nappe de suppuration, existe un nouveau kyste rempli de masses comme lipomateuses qui nous donnent au premier abord l'idée d'un épiploon infiltré. C'est, comme l'a démontré l'examen fait par le professeur Strauss, de la mucine concrète qui donne cette apparence. Ce second kyste de l'ovaire droit est extirpé comme le premier. La cavité péritonéale est lavée, nettoyée; la paroi suppurée de l'abdomen est grattée au niveau de l'incision, touchée avec des solutions antiseptiques fortes, puis drainée en ayant soin d'isoler la cavité à l'aide d'un tamponnement sous-pariétal de gaze iodoformée. Drainage en haut et en bas de l'incision.

La malade, qui a assez bien supporté l'intervention, est reportée dans son lit; mais 24 heures après l'état général s'aggrave, le pouls devient filiforme, les vomissements s'installent avec tous les signes d'une péritonite généralisée qui l'emporte au bout de 48 heures, et que n'a pu arrêter un second lavage de toute la cavité péritonéale avec un drainage très largement fait par l'incision complètement désunie.

En somme, il s'agit ici d'une suppuration de kystes ova-

riques survenue chez une jeune fille que nous soupçonnions de tuberculose. L'examen du pus et des liquides a été fait au laboratoire du professeur Strauss qui n'a pu découvrir aucun microbe pyogène. L'inoculation n'a rien donné de positif.

SUR LE TRAITEMENT DU CANCER DU COL PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT, AVEC DEUX OBSERVATIONS

Par M. le Dr **N. Pobedinsky**,
Professeur agrégé à la Faculté de Moscou.

La plupart des auteurs modernes reconnaissent pour le plus rationnel de tous les modes de traitement du cancer du col pendant la grossesse, l'extirpation totale de l'utérus pratiquée le plus tôt possible, sans prendre souci de l'enfant. Cependant il est d'autres accoucheurs (Ahlfeld (1), Porak (2) qui préconisent le traitement palliatif tel que l'extirpation des seules parties envahies. Mais je ne crois pas que ce mode de traitement soit praticable même en cas de cancer au début, vu que l'amputation intra-vaginale (d'après la statistique de Theilhaber) (3) entraîne dix fois sur dix-neuf l'interruption de la grossesse et que, bientôt après ce traitement, il se produit souvent une récidive. Comme traitement radical donnant de bien meilleurs résultats peut être considérée l'amputation supra-vaginale du col dans les affections limitées de ce dernier. Mais ce procédé est aussi reconnu impraticable parce que, dans tous les cinq cas cités par Theilhaber (4), un avortement a eu lieu après cette opération ; la

---

(1) *Lehrbuch d. Geburtshülfe*, 1894, p. 222.

(2) *Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete d. Geburtsh. und Gynaekol.*, 1893, p.496.

(3) *Archiv f. Gynaekologie*, 1894, Bd. XLVII, Hft. 1, p. 56-103.

(4) *Loc. cit.*

marche et le traitement de cet avortement deviennent beaucoup plus compliqués s'il se produit aussitôt après l'amputation.

La plupart des accoucheurs recommandent donc de pratiquer l'hystérectomie vaginale totale durant les quatre premiers mois de la grossesse sans faire l'avortement préliminaire. Les suites de cette opération ont toujours été favorables : D'après Beckmann (1), les 14 malades qui avaient subi cette opération ont été guéries. Cette opération se fait d'ordinaire très facilement malgré le volume de l'organe. A une époque plus avancée de la grossesse l'extirpation totale de l'utérus se fait par la laparotomie. MM. Sp. Wells (2), Fritsch (2) et Ott (3) ont enlevé complètement l'utérus avec le col par la voie abdominale. L'issue de ces trois opérations a été favorable ; il n'y a que la malade de Sp. Wells qui a eu une récidive au bout d'un an. Stocker (2), Zweifel (2) et Fehling (4) ont pratiqué la laparotomie pour enlever l'utérus par le procédé de Porro, après quoi ils ont extirpé le moignon par le vagin. Trois malades opérées de cette manière par ces trois gynécologues ont été guéries, mais les deux de M. Zweifel sont mortes de septicémie. Deux malades de Mackenrodt (2), des trois opérées par lui, sont mortes après la laparotomie. Dans un cas de Cittadini (5), l'enlèvement de l'utérus a été pratiqué d'après le procédé de Freund au troisième mois de la grossesse, l'extirpation vaginale étant impraticable à cause d'un enchondrome du petit bassin ; la malade a été guérie.

L'extirpation totale de l'utérus à l'aide de la laparotomie ou au moyen de l'opération de Porro suivie de l'enlèvement du moignon par le vagin peut être remplacée par l'interrup-

(1) *Journal d'obstétrique et de gynécologie.* Saint-Pétersbourg, février 1896.

(2) Cités d'après THEILHABER.

(3) *Journal d'obstétrique et de gynékologie.* Saint-Pétersbourg, 1894, p. 981.

(4) *Monatschrift f. Geburtshülfe und Gynaekologie,* 1895, Bd. II, Heft 5.

(5) C'est le cas de Jacobs rapporté in *Annales de Gynécologie*, mars 1897.

tion artificielle de la grossesse suivie d'hystérectomie dans la période puerpérale. Ce dernier procédé fut appliqué trois fois par MM. Olshausen, Bouilly et Theilhaber (1). Toutes les malades ont été guéries. Floel (1), Löhlein (1), Rimscha (3) et Ott (2) (Ott l'a fait deux fois) ont pratiqué l'hystérectomie bientôt après l'accouchement à terme et chaque fois l'issue fut favorable. Tous ces opérateurs notent la facilité avec laquelle l'utérus puerpéral a été enlevé. Cependant je ne crois pas qu'il soit possible d'avoir recours à l'accouchement prématuré dans les cas de cancer du col où nous pouvons enlever tout le néoplasme dans la période puerpérale. Ce procédé n'est indiqué que lorsque le cancer n'a pas encore envahi tout le col et lorsque les parois de ce dernier sont encore extensibles. Mais lorsque tout le pourtour du col est envahi par le néoplasme nous courons le risque de produire une rupture dangereuse du col de même que de l'utérus et d'avoir affaire à une infection dans la période puerpérale. De plus, si nous remettons l'opération radicale à quinze jours environ après l'accouchement, comme l'avaient fait les susdits auteurs, le cancer pourra se développer plus qu'il n'est à désirer.

Je viens d'exposer toutes les combinaisons par lesquelles j'avais à me guider dans le choix du mode d'opération dans le cas que j'ai opéré le 2 avril 1896 à l'hôpital de la Basmannaja, grâce à l'aimable permission de mon très honoré collègue L. Warneck et avec son assistance.

Anne F..., paysanne âgée de 35 ans, a été réglée à partir de 14 ans. Les règles revenaient toutes les trois semaines et duraient trois jours ; peu abondantes, jamais douloureuses. Elle a eu six enfants. Pour la dernière fois elle accoucha au mois de juin 1895, deux mois avant le terme, d'un faible enfant qui mourut le jour de sa naissance. Les accouchements antérieurs se sont toujours

---

(1) Cités d'après THEILHABER.

(2) *Journal d'obstétrique et de gynécologie*. Saint-Péterbourg, 1894, p. 981.

(3) Cité d'après BECKMANN. *Loc. cit.*

passés régulièrement, elle n'a jamais eu de suites de couches pathologiques, elle a allaité elle-même tous ses enfants. Cette femme jouissait d'une bonne santé habituelle. Elle a eu ses dernières règles vers la mi-septembre et dès lors la malade souffrit tantôt d'hémorrhagie, tantôt de leucorrhée. A la fin du mois de février elle sentit les mouvements de l'enfant.

Status praesens. — La malade est très anémiée. Le pouls moyen de 116-120. A l'auscultation on constate au cœur le souffle systolique de l'anémie ; elle tousse quoiqu'il ne se manifeste rien dans les poumons. L'urine contient un peu d'albumine. Le fond de l'utérus dépasse de 2 pouces le niveau de l'ombilic. Au palper le sommet se présente au-dessus du détroit supérieur ; les bruits du cœur s'entendent à droite. A l'examen on note que la muqueuse du vagin est pâle. Au toucher vaginal on constate que toute la portion vaginale du col est envahie par un néoplasme, surtout la lèvre antérieure qui représente une tumeur fragile, fongiforme, saignante. L'infiltration passe sur les déchirures latérales du col dont la gauche atteint le cul-de-sac. Les culs-de-sac sont légèrement envahis. L'orifice du col étant entrouvert, l'index y pénètre facilement. Le diagnostic porté est le suivant : Cancer du col de l'utérus et grossesse de 7 mois.

Il fallait que nous nous décidions ou à pratiquer l'accouchement prématuré et ensuite l'hystérectomie vaginale dans la période puerpérale, ou bien à enlever l'utérus par la voie abdominale l'ayant préalablement incisé, pour en extraire l'enfant de 7 mois qui du reste avait peu de chance de survivre. Le premier procédé nous a paru peu praticable, parce que l'accouchement même d'un tout petit enfant aurait été très laborieux vu que le col était entièrement envahi et n'aurait pas pu se dilater suffisamment dans sa partie inférieure. D'ailleurs il aurait pu se produire une hémorrhagie notable du néoplasme et de toutes les déchirures possibles du col. Voilà pour quelle raison nous avons eu recours au dernier procédé. Ne voulant pas enlever totalement l'utérus par la voie abdominale, nous avons décidé de l'amputer d'après le procédé de Porro et d'enlever séparement le col par le vagin, afin que la cavité abdominale ne soit pas infectée pendant l'extraction du col envahi.

Opération. — La portion vaginale ayant été bien raclée à l'aide d'une curette tranchante et cautérisée avec le Paquelin, on fait

à la paroi abdominale une incision qui dépasse d'un pouce le niveau de l'ombilic et on ouvre la cavité abdominale. L'utérus est amené hors de l'abdomen et sectionné sur la ligne médiane; la section intéresse le placenta. L'enfant est extrait en état d'asphyxie légère et bientôt ranimé. Comme il se produit une hémorrhagie de la face interne de l'utérus on applique un lien élastique; on lie des deux côtés les ligaments larges ; ensuite le corps de l'utérus est enlevé avec les annexes et le moignon est suturé à la manière recommandée par M. Zweifel dans les myomotomies. Le lien étant enlevé l'hémorrhagie ne persiste plus. Cela fini, on extirpe le col et le moignon de la manière suivante: une incision circulaire de la portion vaginale ayant été faite, on décolle la vessie, on sectionne le cul-de-sac postérieur et on suture le péritoine avec la muqueuse vaginale. Ensuite le moignon est amené au dehors par le cul-de-sac antérieur; les ligaments larges sont étreints avec des pinces de Doyen, après quoi le moignon et le col sont sectionnés et enlevés.

L'abdomen ayant été suturé, on applique sur le ventre un bandage adhésif.

Les suites de l'opération furent favorables, sauf la toux qui dura tout le temps. La température n'a dépassé 37°,6 que le cinquième jour, où elle est montée à 38°. Au bout de 46 heures on enlève les pinces. Le douzième jour on enlève tous les fils. La plaie abdominale guérit *per primam intentionem*. Au bout de dix-huit jours on enlève les sutures du cul-de-sac postérieur. La malade sort de l'hôpital en parfait état. L'enfant a succombé le jour de sa naissance.

Grâce à l'aimable permisson de mon bien honoré chef M. le professeur A. Makejew, je me permets de citer encore un cas de cancer du col, pendant les couches, qui a été observé l'année passée à la clinique obstétricale de M. le professeur A. Makejew, à Moscou.

Le 31 mars 1895, à 2 h. et demie de l'après midi, entre à la Clinique Catherine, S..., paysanne, âgée de 38 ans, VIIIpare, ayant une hémorrhagie vaginale peu abondante. Les douleurs avaient commencé la veille à 10 heures du matin. La femme est très faible ;

on observe une balafre syphilitique au voile du palais; la température 37°,4 ; le pouls fréquent et faible.

A l'examen on constate que tout le vagin et le col de l'utérus sont envahis par des végétations fongiformes en voie de destruction ; l'orifice vaginal est ouvert de deux pouces ; les culs-de-sac sont complètement envahis. Le diagnostic est le suivant : Accouchement à terme dans sa première période ; enfant vivant, cancer du vagin, du col et des culs-de-sac. Pour sauver la vie de l'enfant on eut recours à l'opération de Porro, car il était impossible d'enlever tous les tissus envahis par le cancer en état de destruction.

Cette opération a été faite par M. Warneck avec fixation extra-abdominale du pédicule. L'enfant fut extrait vivant. Le lendemain de l'opération la température de la malade est montée à 38°,2, le soir à 38°,5 ; le surlendemain la malade est morte de collapsus cardiaque.

A l'autopsie, faite par M. le professeur Nikiforow, on trouva des végétations cancéreuses fongiformes en voie de destruction à la lèvre postérieure et à l'antérieure, une nodosité cancroïde de la grosseur d'un poing d'enfant dans le parametrium gauche et une moins considérable dans celui de droite. Infiltration du tissu cellulaire pelvien ; amas suppurants dans le cul-de-sac de Douglas ; endocervicite suppurante, ecchymoses peu considérables dans le péritoine à la région de l'ombilic avec une sécrétion suppurante là-dessus. Le péritoine à côté du moignon est couvert d'une abondante suppuration de même que l'épiploon. La paroi abdominale est en état d'infiltration phlegmoneuse. Ainsi l'autopsie montre que l'infection générale a pris naissance des nodosités d'un néoplasme cancéreux en état de destruction ichoreuse.

Dans les cas que j'ai cités il s'agit d'une forme de cancer très étendu qui ne peut pas être enlevé totalement. La littérature nous fait connaitre que dans des conditions pareilles on a toujours pratiqué ou la césarienne conservatrice, d'après Sänger, ou l'opération de Porro. La statistique faite par Theilhaber constate la mortalité de 50 0/0 après l'opération de Porro (des 12 malades 6 sont mortes dans la période puerpérale), 38,4 0/0 après la césarienne conservatrice (des 13 femmes ne sont mortes que 5). Theilhaber recommande de

recourir à ce dernier procédé dans les cas où le col serait peu mobile, car alors la fixation extra-abdominale du moignon serait impraticable ; il recommande aussi de le faire dans les cas où le cancer envahit le segment inférieur de l'utérus. Mais dans ce dernier cas il est possible qu'il se produise de la gangrène du col à la suite de l'ablation du lien élastique et qu'elle provoque plus tard la péritonite.

Cependant je suis d'avis qu'une telle statistique si peu étendue ne prouve rien et que l'opération de Porro, avec la fixation extra-abdominale du pédicule, est de beaucoup préférable par cette seule raison qu'elle peut être terminée plus vite que la césarienne, ce qui a une grande importance car il s'agit toujours de malades très affaiblies. Mais en tout cas si nous avons affaire à un cancer inopérable notre devoir est de sauver la vie de l'enfant. S'il nous est encore possible d'enlever tout le néoplasme, il vaut mieux faire l'extirpation totale de l'utérus tout de suite après la césarienne que de remettre l'hystérectomie à la période puerpérale. Au début d'un faible envahissement du col, il se produit souvent un accouchement spontané ou bien on le provoque *per vias naturales* soit à l'aide de dilatation et d'incision du col, soit au moyen de la version, du forceps et de la perforation. Il est évident que le choix de telle ou telle autre opération dépendra des particularités individuelle du cas donné. Si l'accouchement se produit par les voies naturelles, le meilleur mode est de suivre le traitement radical du cancer dans la période puerpérale en enlevant l'utérus par le vagin.

TENDANCES PROLIFÉRATIVES ET DÉGÉNÉRATIVES DU PLACENTA RETENU DANS LA CAVITÉ UTÉRINE

Par MM. **Audebert** et **Sabrazès**
(de Bordeaux).

Un débris placentaire retenu dans la matrice au cours d'un avortement ou d'un accouchement à terme n'est pas

fatalement voué, de ce chef, à la décomposition organique ; d'autres éventualités restent possibles : les cellules de la trame du placenta peuvent conserver leur vitalité, se greffer profondément sur la muqueuse utérine, voire même s'y multiplier d'une façon exubérante et engendrer des néoplasmes.

Parmi ces néoplasmes, on connaît, depuis la plus haute antiquité, les môles hydatiformes, myxomes des villosités placentaires provenant du mésoderme fœtal.

D'autres tumeurs, issues du placenta, empreintes d'une malignité plus grande, désignées sous le nom de déciduomes malins par des auteurs qui les font dériver à tort de la caduque ont, depuis l'année 1893, été l'objet d'un très grand nombre de travaux. On trouvera dans un mémoire récent de M. Durante un exposé lumineux de la question du déciduome malin, ainsi qu'une interprétation pathogénique très séduisante fondée sur les recherches de M. Mathias Duval relatives au développement du placenta. « Le déciduome malin n'est pas une tumeur d'origine maternelle, mais une tumeur d'origine fœtale développée aux dépens du syncytium qui, étant lui-même un reste de l'ecto-placenta, se remet à proliférer comme à la période embryonnaire ; c'est un épithélioma de l'ectoderme placentaire » (1). La fixation et la multiplication des cellules néoplasiques — qui se propagent ultérieurement par voie embolique dans les sinus veineux utérins, dans les vaisseaux du vagin et, par la circulation générale, jusque dans les poumons — seraient singulièrement favorisées, d'après M. Durante, par l'état d'asepsie relative dans lequel on s'efforce de maintenir la cavité de l'utérus.

A côté de ces cas, il en est d'autres plus intéressants dans lesquels déciduome malin et môle (2) évoluent simultanément

(1) DURANTE. Du déciduome malin ou épithélioma ecto-placentaire. *Revue médic. de la Suisse romande*, nos 11 et 12, 1896.

(2) L'évolution simultanée de la môle et du déciduome malin a été établie par de nombreuses observations. PFEIFFER. *Prager med. Wochensch.*, 1890. —

ou se compliquent l'un l'autre. Tous les éléments constitutifs du placenta doués, comme les tissus embryonnaires, d'une vitalité excessive se reproduisent démesurément et deviennent *ipso facto* le point de départ de tumeurs. Mais, heureusement, le processus néoformatif n'atteint pas toujours son plein développement. Quand il ne trouve pas dans la cavité utérine des conditions de nutrition et de greffe suffisamment favorables, on assiste à une double tendance proliférative et régressive des débris placentaires qui finissent tôt ou tard par s'éliminer à l'extérieur. C'est un fait de cet ordre que nous avons eu l'occasion d'étudier cliniquement et histologiquement : on peut le considérer comme un exemple de néoplasie placentaire *avortée*. Il importe de publier ces faits de transition entre le placenta en voie de régression et les môles associées au déciduome malin ; ils sont très instructifs au point de vue de la pathologie générale des tumeurs et au point de vue pratique de la conduite à tenir en pareil cas.

OBS. — *Grossesse interrompue au 3e mois. — Rétention placentaire prolongée (9 mois). — Expulsion spontanée du placenta profondément altéré.*

Mme J..., 22 ans, blanchisseuse, est issue d'une famille de cultivateurs, laquelle ne relève aucune tare héréditaire ; elle-même a toujours bénéficié d'une excellente santé, qui lui a permis de se livrer de bonne heure à son pénible métier.

Les premières règles se sont montrées à 15 ans, et se sont succédé assez régulièrement. Mariée en 1892 à un jeune homme alcoolique, cette femme met au monde, l'année suivante, une fille qui a aujourd'hui 3 ans, et qui est bien portante ; elle nourrit son enfant un an, puis prend un nourrisson pendant 9 mois. Les règles reviennent pendant les 2 derniers mois de la lactation, et

---

GOTTSCHALK. *Berliner klin. Wochensch.*, 1893. — L. FRŒNKEL (Greisswald). *Archiv. für Gyn.*, 1894. — MENGE. *Zeitsch. für Geb. und Gyn.*, 1894. — FRŒNKEL (Fribourg). *Archiv. für Gynæk.*, 1895. — MARCHAND. *Monatschrift für Geb. und Gyn.*, 1895. — FRANQUÉ. *Zeitsch. für Geb. und Gyn.*, 1896.

continuent, sans interruption, jusqu'au milieu de l'année 1895. Elles apparaissent pour la dernière fois le 28 septembre. Dès les premiers jours d'octobre, surviennent les phénomènes sympathiques du début de la grossesse (nausées, vomissements, somnolence, irritabilité, gonflement des seins, etc.). Cet état persiste jusqu'à la fin de l'année 1895. Dans la première semaine de janvier 1896, elle tombe, en courant dans la campagne, et éprouve aussitôt dans le bas-ventre une très vive et très douloureuse sensation de déchirure; mais aucun écoulement ne se produit par les organes génitaux. Le lendemain et le jour suivant, cette sensation de déchirure est moins intense, mais l'hypogastre est endolori, comme contusionné. La malade ne s'en préoccupe nullement, et, vu la persistance des vomissements et la suppression des règles, se croit toujours enceinte. A la fin de février, une cinquantaine de jours par conséquent après sa chute, elle perd une très petite quantité de sang: « pas plus de vingt gouttes, dit-elle ». Ce sang est fluide, vermeil, et ne contient aucune particule solide, ni membranes, ni vésicule hydatiforme, ni débris d'embryon.

Cet écoulement sanguin est le seul qui se soit produit pendant toute la durée de cette grossesse anormale, c'est-à-dire depuis la fin de septembre 1895, jusqu'en septembre 1896. A partir de cette époque (février) M^me^ J... se rend compte que ses seins ont notablement diminué de volume; et que son ventre ne grossit plus; cependant les vomissements continuent aussi fréquents que par le passé. Au mois de mai, l'état général devient mauvais, la malade, qui vomit sans cesse, s'amaigrit, perd ses forces et commence à ressentir dans le bas-ventre des douleurs assez vives. A l'examen pratiqué à ce moment, nous constatons que le cœur et les poumons fonctionnent normalement; les seins sont ramollis et flasques. Par le toucher, on sent l'utérus légèrement augmenté de volume, comme un utérus gravide de 2 mois environ, de consistance molle, mais sans altération de forme. A travers un col ramolli, largement béant, mais régulier et dont les lèvres présentent un égal développement, on pénètre facilement dans la cavité utérine; là, on trouve une masse mollasse, spongieuse, irrégulière, donnant exactement au doigt l'impression de cotylédons placentaires. Les annexes paraissent normales. T. = 37°,3.

Le diagnostic de rétention placentaire s'impose donc, sans qu'il soit possible de préciser à quel moment il faut faire remonter la

mort ou l'expulsion de l'embryon (en janvier probablement). Nous conseillons alors à la malade le repos au lit, et de copieuses irrigations vaginales antiseptiques. Elle ne tient aucun compte de ces recommandations et bientôt l'état général s'altère plus profondément : la faiblesse augmente, et ce n'est qu'à grand'peine que cette femme peut continuer à travailler.

Trois mois se passent ainsi sans amener d'autres phénomènes importants qu'une débilité de plus en plus prononcée; pas d'écoulement menstruel. A la fin de septembre, à la suite d'une violente émotion (son mari dut subir la désarticulation d'une phalange), la malade est prise de syncopes, et en même temps se déclare une hémorrhagie très abondante qui dura 12 heures; transportée dans son lit, elle expulse au milieu de la nuit et après quelques coliques une masse de forme ovalaire, du volume d'une mandarine, ne contenant aucune trace d'embryon.

L'hémorrhagie s'arrête immédiatement. Trois jours après s'effectue la montée du lait.

Après ces 48 heures de séjour au lit, M^me^ J... quoique, très affaiblie, reprend son travail.

Depuis l'expulsion du délivre, les vomissements n'ont plus reparu ; la menstruation s'est rétablie régulièrement ; l'embonpoint et les forces sont revenus.

Un examen récent (janvier 1897) nous a permis de constater que l'évolution utérine était complète, et que tous les organes du petit bassin étaient absolument sains ; il reste un léger degré de rétroflexion.

Examen macroscopique et histologique de la tumeur conservée dans l'alcool à 95° depuis deux mois.

La tumeur a le volume d'un œuf de cane. Sa longueur est de 6 centimètres 1/2, sa largeur de 2 et demi à 4 centimètres. Elle est légèrement aplatie à la façon d'une gourde (fig. 1 et 2). Elle pèse 50 grammes environ. De teinte grisâtre, elle présente, à la périphérie, des débris pseudo-membraneux friables qu'on détache assez facilement.

Sur une coupe d'ensemble on voit, à la limite externe, une coque blanc grisâtre, épaisse d'un demi-millimètre, de laquelle partent de nombreux prolongements pénétrant à une profondeur de 3 à 5 millimètres.

Le corps de la tumeur est représenté par un tissu ferme, un

peu élastique, d'un rouge chair musculaire rappelant la teinte du myocarde ou plutôt donnant l'impression d'un caillot assez récent durci dans l'alcool. Ce tissu se laisse déchirer ; il est disposé en stratifications emboitées, séparées par des fissures. L'une d'elles parcourt toute la hauteur de cette production qui, dans son ensemble, reproduit le moule d'une cavité utérine distendue (fig. 2).

Sur une coupe transversale d'un fragment périphérique on remarque à l'œil nu, après coloration au picro-carmin, des îlots d'un rouge vif agglomérés. A un faible grossissement, on voit que

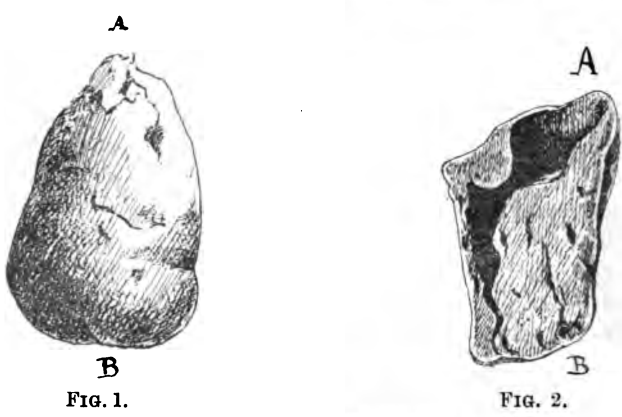


Fig. 1. Fig. 2.

1/2 gandeur naturelle environ.

ces îlots correspondent à des villosités de forme et de volume variables coupées dans divers sens. Les unes sont irrégulièrement arrondies et petites, les autres profondément découpées en carte de géographie. En allant de dehors en dedans on rencontre des coagulations fibrineuses infiltrées de leucocytes et des lacs de sang maternel au milieu desquels rampent des masses protoplasmiques multinucléées que l'on retrouve autour des villosités.

Lorsqu'on étudie ces villosités à un fort grossissement on voit qu'elles sont constituées par des faisceaux grêles et onduleux de tissu conjonctif se colorant en rouge vif par la fuchsine acide picriquée. Entre eux, disposées bout à bout et en séries parallèles, sont des cellules fixes allongées suivant la longueur des fibres.

A côté de ces villosités fibreuses, on en trouve qui ont subi la

dégénérescence graisseuse et calcaire. Par contre, il en est de vaguement fibrillaires, donnant les réactions histo-chimiques de la mucine, sillonnées de cellules rameuses anastomosées dont le noyau, circonscrit par une membrane, limite des grains de chromatine inégaux (fig. 3).

Certaines de ces villosités présentent, à leur périphérie, des cellules rondes ou ovalaires à noyaux très chromatiques, en karyokinèse, quelques-unes à protoplasma clair, d'autres munies de prolongements orientés suivant les stries parallèles de la villosité (fig. 4).

Ces diverses végétations, dépourvues de vaisseaux, sont entourées inégalement, comme par un manchon discontinu, de blocs cellulaires volumineux, mal limités, dont le protoplasma exubérant est semé de noyaux multiples intensément colorés. Ces masses plasmodiales frappent d'emblée l'œil de l'observateur.

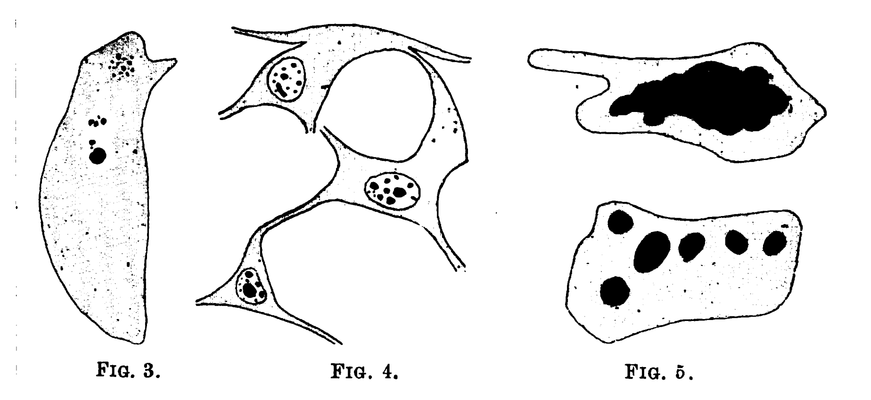


FIG. 3. FIG. 4. FIG. 5.

On les rencontre non seulement autour des villosités et dans leurs interstices où elles forment des amas compacts, mais jusque dans les suffusions de sang maternel dont elles découpent et circonscrivent des îlots irréguliers.

Ces cellules ont des dimensions qui oscillent entre 30 et 120 μ. Elles ont tantôt des contours arrondis ou ovalaires, tantôt des prolongements plus ou moins longs (fig. 5).

Elles peuvent exceptionnellement ne contenir qu'un noyau, mais généralement elles sont multinucléées. Les noyaux, souvent bourgeonnants, se colorent vivement à l'aide des réactifs de la chro-

matine, soit uniformément, soit sous forme de grains très rappro-

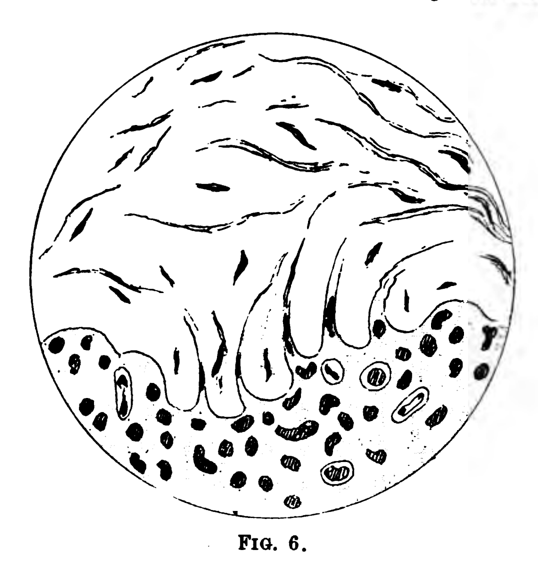


Fig. 6.

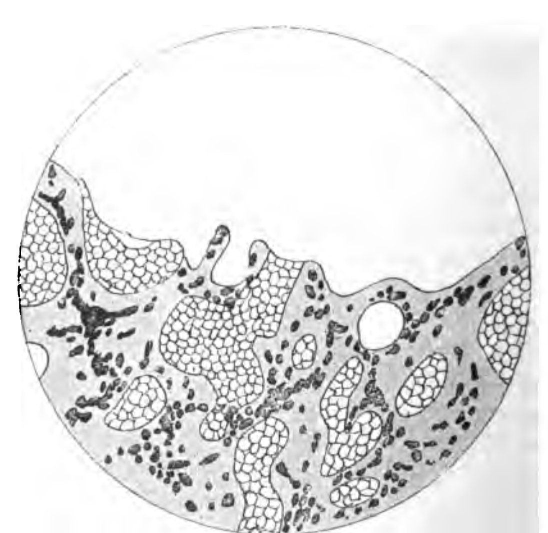


Fig. 7. — Masses plasmodiales découpant des îlots de sang maternel.

chés ou d'un épais boyau ; on n'y observe pas de karyokinèse.

Ces noyaux subissent la chromatolyse ; çà et là les cellules plasmodiales sont réduites à un corps protoplasmique contenant des reliquats nucléaires informes ; (fig. 6) on a une accumulation de granulations pigmentaires.

Ces masses plasmodiales serrent de près les villosités et semblent parfois les pénétrer.

Autour des villosités serpentent des fissures comblées par de la fibrine fibrillaire, par des bandes de désintégration graisseuse et calcaire, par des infiltrations sanguines.

Nous avons vu que les végétations étaient dépourvues de vaisseaux. Beaucoup baignent dans du sang maternel thrombosé ou non, parsemé de cellules plasmodiales (fig. 7). Dans ces foyers hématiques ont pénétré de nombreux microbes appartenant à diverses espèces ; les microcoques dominent.

EN RÉSUMÉ, M^{me} J..., enceinte pour la seconde fois, fait une chute violente à la fin du troisième mois de sa grossesse ; elle ressent, à ce moment, une très vive douleur dans le ventre, mais ne perd pas de sang. Quelque temps après, apparaissent tous les symptômes indiquant l'interruption de la grossesse ; il est impossible de savoir si l'embryon a été expulsé à ce moment, ou si, retenu mort dans la cavité utérine, il a été résorbé à la longue. La *dissolution* de l'embryon ne s'observe d'ordinaire que dans les deux premiers mois de la grossesse ; il faudrait donc supposer que l'expulsion du produit de la conception a dû passer inaperçue, car la malade affirme nettement que, depuis le mois de septembre 1895, date de ses dernières règles, jusqu'au mois de septembre 1896, époque où le délivre a été expulsé, elle n'a perdu que quelques gouttes de sang clair, à la fin du mois de février.

Quoi qu'il en soit, cet œuf, dont la mort remonte au mois de janvier, est retenu dans l'utérus jusqu'au mois de septembre, c'est-à-dire *pendant neuf mois,* sans aucun trouble local, apparent, sans complication hémorrhagique.

La longue durée de la rétention, de même que l'absence des phénomènes qui accompagnent ordinairement la rétention de l'œuf mort, sont d'autant plus remarquables que la malade, pendant ce laps de temps, ne prend aucun repos, continue à vaquer à ses occupations et néglige tout soin antiseptique.

Mais si cette rétention ne se traduit par aucun trouble génital,

elle retentit bientôt sur la santé générale de la malade, qui s'amaigrit, perd ses forces, et vomit sans cesse. Les urines ne contiennent pas d'albumine ; il n'existe pas d'œdème malléolaire. Cet état persiste jusqu'au mois de septembre ; à cette époque, sous le coup d'une vive émotion, elle tombe en syncope, et, au milieu d'un flot de sang, expulse, après quelques coliques, une masse ovalaire, d'un gris rougeâtre, non fétide. Puis tout rentre dans l'ordre ; les vomissements cessent, et l'involution utérine s'effectue normalement.

On peut actuellement considérer cette femme comme absolument guérie.

I. — Réflexions cliniques. — Nous nous bornerons à mentionner la durée exceptionnelle de la rétention intra-utérine, et l'absence des phénomènes locaux graves qui sont si souvent la conséquence de cette rétention.

Un fait intéressant, et sur lequel nous ne craignons pas d'insister, vient confirmer l'opinion de M. Durante relativement à l'influence que peut avoir l'asepsie des voies génitales sur la prolifération du polype placentaire ; il semble, en effet, que quand la vulve et le vagin sont maintenus dans un état aseptique aussi complet que possible, l'implantation sur la paroi utérine et la multiplication des éléments du placenta soient singulièrement favorisées; or, chez notre malade, les soins les plus élémentaires de la propreté ont totalement manqué, et c'est peut-être à cette particularité qu'il faudrait attribuer le défaut de propagation et de fixation de la tumeur placentaire.

Notons aussi qu'une altération profonde de l'état général s'est manifestée rapidement ici, comme dans les cas d'épithélioma ecto-placentaire. On ne peut pourtant pas incriminer les métrorrhagies continuelles signalées dans la plupart des observations semblables. — Le seul trouble physiologique qui ait attiré l'attention, consistait dans des vomissements fréquents, n'affectant nullement la forme *incoercible*. Cependant, en peu de temps, Mme J... est tombée dans un état cachectique assez avancé qui s'explique peut-être par la

durée de la rétention et par une infection intra-utérine sourde et prolongée.

Mais nous croyons que c'est surtout au sujet de la conduite à tenir que se dégage l'enseignement le plus utile et le plus pratique. Jusqu'à présent, quand on étudiait les conséquences de la rétention prolongée d'un fœtus mort ou de ses annexes, on visait surtout les complications survenant à la suite d'un décollement placentaire (hémorrhagie), ou à la suite de la pénétration de germes morbides dans l'œuf ouvert (putréfaction ou infection). Les recherches récentes montrent que le placenta retenu peut, de plus, se greffer sur la paroi utérine, y végéter et, de là, se généraliser comme une véritable tumeur maligne. C'est donc un troisième danger, et non le moindre, qui menace la femme atteinte de rétention de débris ovulaires ou embryonnaires; ce nous est un argument de plus pour préconiser, dans ce cas, le nettoyage complet de la cavité utérine. Cette doctrine, dont l'un de nous s'est fait déjà le défenseur, trouve dans ces cas nouveaux une éclatante confirmation. Si, en effet, on se contentait, comme le conseillent encore certains accoucheurs, d'attendre l'apparition des accidents infectieux aigus ou hémorrhagiques pour débarrasser l'utérus de cet « hôte incommode et dangereux », en assurant seulement l'antisepsie du conduit vagino-vulvaire, on laisserait ainsi croître et se propager à son aise la tumeur placentaire, et l'on s'exposerait à assister les bras croisés à l'évolution d'un néoplasme d'une nature particulièrement maligne ; c'est, en effet, le plus souvent *tout de suite* après l'accouchement ou la délivrance incomplète, qu'apparaissent les premiers symptômes de l'épithélioma ectoplacentaire (1).

Aussi croyons-nous que, quand le diagnostic de rétention placentaire a été établi d'une façon précise, il faut pratiquer

(1) Les premiers symptômes se sont montrés 8 jours après l'accouchement dans un cas de WHITRIDGE WILLIAMS (Baltimore). *The Amer. Gyn. a. Obs.*, juin 1895, ou pendant les suites de couches (SÆNGER. *Centralb. für Gyn.*, 1889. — KŒTTNITZ. *Deutsche med. Wochens.*, mai 1893).

immédiatement soit le *curage digital*, soit le *curettage*, pour assurer l'évacuation complète de l'utérus, et éviter par ce moyen les dégénérescences néoplasiques, qui bientôt ne seraient plus justiciables que de l'hystérectomie. Souvent même, cette opération radicale et précoce n'a pas suffi à enrayer le processus envahissant de l'affection épithéliomateuse ; et Frœnkel (1), Apfelstedt et Aschoff (2), Menge (3), Gottschalk (4), ont vu, quelque temps après l'ablation totale de l'utérus, se produire des métastases dans l'appareil pulmonaire, et des récidives multiples dans le système génital, dans le vagin en particulier, toutes lésions qui ont entraîné rapidement la mort.

En présence d'une tumeur de cette malignité, le curettage présente encore l'avantage de permettre de retirer des fragments assez considérables pour que l'examen histologique puisse en fixer définitivement la nature.

II. — Réflexions histologiques. — Il résulte de l'examen de la pièce qui a été confirmé par M. le professeur Mathias Duval et par M. le Dr Durante, chef de laboratoire à la Charité, qui ont bien voulu s'intéresser à nos préparations histologiques, que nous sommes en présence, non d'une tumeur développée aux dépens des tissus maternels, mais d'une production fœtale. Il s'agit d'un débris placentaire dont les villosités sont en voie d'hypertrophie fibro-muqueuse, d'une part, et de régression caséo-calcaire, d'autre part. Ce double processus de prolifération et de régression s'observe non seulement dans la trame mésodermique des villosités, mais aussi dans leur revêtement ectodermique. Les formations ecto-placentaires, où se différencient d'énormes cellules géantes, se multiplient très activement et envoient des ramifications protoplasmiques multinucléées dans les lacs de sang maternel. Mais les tendances envahissantes du

(1) Frœnkel (L.) (Greifswald). *Archiv. für Gynæk.*, 1894.

(2) Apfelstedt et Aschoff. *Archiv. für Gynæk.*, 1894.

(3) Menge. *Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, 1894.

(4) Gottschalk. *Archiv. für Gynæk.*, 1894.

syncytium sont heureusement paralysées par les phénomènes régressifs de chromatolyse et de dégénérescence pigmentaire.

Ce n'est donc pas là une simple rétention placentaire.

Les éléments constitutifs du placenta ne sont pas restés inertes dans la cavité utérine, à la façon d'un corps étranger. Ils ont continué à proliférer, comme en témoignent les caractères histologiques des villosités et les modifications très actives du syncytium.

Nous sommes convaincu que ce placenta eût pu devenir le tissu matriciel soit d'une môle, soit de ces tumeurs éminemment envahissantes dont nous parlions plus haut, que l'on désigne improprement sous le nom de déciduome malin, soit encore de l'association de ces deux néoplasmes.

Il eût peut-être suffi pour que fussent réalisées les conditions de développement de ces tumeurs : 1° des liens plus nombreux entre ce débris placentaire et la muqueuse utérine ; 2° une asepsie plus grande et partant plus favorable au plein épanouissement et à la greffe des tissus.

L'insuffisance de ces conditions ressort clairement des constatations histo-bactériologiques que nous avons faites.

CONSIDÉRATIONS SUR LA RUPTURE INTRA-PÉRITONÉALE DES KYSTES COLLOIDES DE L'OVAIRE. A PROPOS D'UN CAS DE RUPTURE AVEC ASCITE GÉLATINEUSE. OVARIOTOMIE. GUÉRISON (1).

Par le Dr **André Boursier**,
Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Bordeaux.

Dans une de nos dernières séances, notre collègue le professeur Demons a attiré l'attention de la Société sur une complication intéressante des kystes de l'ovaire ; je veux

(1) Communication à la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux.

parler de leur rupture spontanée et en particulier de leur rupture dans le péritoine. Il a insisté sur les parties encore peu connues ou incomplètement fixées de cette question en faisant appel aux recherches de ses collègues. J'ai eu la bonne fortune, grâce à l'obligeance de notre collègue M. Villar, d'observer, ces jours-ci, un cas de rupture spontanée d'un kyste ovarien dans la cavité péritonéale avec ascite gélatineuse. Aussi, je vous demande la permission de vous faire connaître ce fait, qui m'a paru cliniquement intéressant, et de vous communiquer ensuite les réflexions qu'il m'a suggérées.

OBSERVATION. — *Rupture spontanée d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, avec ascite gélatineuse. Ovariotomie. Guérison.*

M^me^ Marie C... de Pissos (Landes), âgée de 55 ans, est amenée dans mon service de l'hôpital Saint-André, le 10 mai 1896, par mon collègue et ami le professeur agrégé Villar, qui a déjà eu l'occasion de l'opérer il y a quelques années. Avant d'étudier son état actuel, il est utile de rappeler en quelques mots son histoire. Elle a eu autrefois deux grossesses, à 22 et 29 ans, terminées toutes deux par un accouchement à terme dont les suites ont été normales, bien que la malade soit restée à peine deux ou trois jours au lit chaque fois. Elle a cessé d'être réglée à 28 ans, à la suite d'un refroidissement, et depuis, ses règles n'ont jamais reparu. A partir de cette époque, elle fut souvent prise de douleurs abdominales assez vives, localisées au côté gauche, augmentant par la fatigue, diminuant au contraire par le repos. Cet état douloureux persista environ pendant douze ans, jusqu'au mois de mars 1890.

A ce moment les douleurs augmentèrent et la malade vit apparaître dans son ventre une tumeur qui s'accrut assez rapidement et atteignit bientôt le volume d'une grossesse à terme. Cette tumeur amena une gêne marquée de la respiration et des troubles dans les fonctions stomacales et intestinales. L'état général devint mauvais, la malade s'amaigrit, et la faiblesse était telle, que son médecin la considérant comme perdue l'envoya à l'hôpital Saint-André. Le voyage fut très pénible, M^me^ C... fut placée dans

le service de M. le professeur agrégé Villar qui reconnut l'existence d'un kyste ovarique et pratiqua immédiatement l'ovariotomie. Il s'agissait d'un kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Les suites de l'opération furent des plus simples et la malade quitta l'hôpital complètement guérie.

La santé se maintint excellente jusqu'en octobre 1895. Tout au plus éprouvait-elle un peu de gêne et de douleur dans le bas-ventre, quand elle travaillait beaucoup. Au mois d'octobre 1895, un jour qu'elle faisait dans les champs un travail pénible, elle ressentit tout d'un coup des coliques très violentes, brusquement suivies de l'évacuation par le rectum d'une abondante masse d'un liquide que la malade compare comme qualité et comme quantité aux eaux de l'amnios. Ces douleurs se calmèrent au bout de quelques heures et M^{me} C... put continuer à travailler. Jusqu'au mois de janvier, elle ne ressentit plus que quelques coliques intermittentes de courte durée. Mais, à partir du 5 janvier 1896, les coliques disparaissent et sont remplacées par une douleur sourde, généralisée à peu près à tout l'abdomen et qui empêche la malade de marcher et de travailler ; en même temps l'abdomen commence à augmenter de volume. Bien qu'il n'y ait aucun trouble fonctionnel autre qu'une perte progressive de l'appétit, elle s'affaiblit de nouveau et maigrit rapidement pendant que son ventre continue à se développer. Son médecin l'envoie à notre collègue M. Villar qui, après l'avoir examinée, la conduit dans mon service où elle rentre le 10 mars 1896.

A l'examen, on constate que le ventre est volumineux et arrondi, pointant en avant : il est peut-être un peu plus saillant dans sa moitié gauche. La circulation veineuse sous-cutanée paraît assez développée surtout du côté gauche. La tension des parois abdominales en rend la palpation assez difficile, cependant on peut sentir dans toute la moitié gauche une sorte de masse pâteuse, diffuse, ne permettant de circonscrire sur aucun point une tumeur véritable, nettement limitée. La percussion démontre que tout le côté gauche de l'abdomen est mat, tandis que le côté droit présente la sonorité intestinale ordinaire. La limite de la matité est représentée par une ligne qui, partant de l'extrémité antérieure de la neuvième côte gauche, se dirigerait de là vers l'ombilic pour aller gagner ensuite le milieu de l'arcade crurale droite. Cette zone de matité gauche est fixe, à peine si dans les

divers décubitus dorsaux et latéraux sa limite supérieure se déplace de 1 centimètre, mais sans présenter les déplacements que peut subir le liquide de l'ascite.

Sur toute cette zone mate, la pression est un peu plus douloureuse que sur le reste de l'abdomen et la douleur est augmentée quand on relâche brusquement la paroi abdominale pressée. Très profondément, il semble que l'on perçoive une vague fluctuation.

Le toucher vaginal et le toucher rectal ne donnent aucun renseignement. L'utérus, sénile, est mobile et sain ; les culs-de-sac sont libres et on n'y trouve rien à signaler. Il y a une légère adénite inguinale. A droite, on voit la cicatrice d'une cure radicale de hernie crurale, tandis qu'à gauche la hernie existe, mais peu développée et facilement réductible. La malade se plaint d'être oppressée, elle fait trente inspirations à la minute. On ne constate à l'auscultation rien d'anormal dans les poumons ni dans le cœur, sauf un peu d'arythmie cardiaque.

En présence de ces symptômes notre diagnostic était assez hésitant. Les signes physiques n'étant pas ceux d'une véritable tumeur abdominale dont on ne pouvait déterminer ni la forme exacte, ni les contours ; de plus, la mollesse particulière de la zone mate de l'abdomen et son étendue, nous faisaient penser, à M. Villar et à moi, que nous avions peut-être affaire à un cas de maladie gélatineuse du péritoine, affection décrite en 1871 par M. Péan, et dont les observations sont si rares que plusieurs auteurs mettent en doute son existence comme individualité pathologique. Néanmoins, étant donnés la faiblesse progressive de cette malade, ses troubles respiratoires évidemment mécaniques, et l'augmentation graduelle de son ventre, nous nous sommes crus suffisamment autorisés, malgré l'absence d'un diagnostic ferme, à pratiquer la laparotomie pour aller enlever la tumeur soupçonnée.

L'opération eut lieu le 15 mars 1896, avec l'aide de M. le professeur agrégé Villar. A peine avais-je incisé la paroi abdominale dans la cicatrice de l'ancienne laparotomie, que nous vîmes sortir une quantité considérable de substance gélatineuse, colloïde, pâteuse, de coloration jaune ambré et absolument transparente. Cette masse colloïde remplissait le petit bassin, la fosse iliaque gauche, et remontait du même côté dans toute la région

que nous avions trouvée mate à la percussion. Son ablation fut assez difficile, car elle n'était pas assez liquide pour s'écouler naturellement; nous fûmes obligés de l'enlever à pleines mains, au moins pour la majeure partie. Il y en avait au minimum deux litres.

Après avoir placé la malade dans la position de Trendelenburg, nous avons pu, avec des compresses aseptiques et sèches faire autant que cela a été possible la toilette du petit bassin, forcément rendue très incomplète par la viscosité et l'adhérence de cette sorte de gelée. Pendant ce nettoyage, nous avons trouvé dans la moitié gauche du bassin une tumeur arrondie, à peu près du volume d'une tête de fœtus, et baignant complètement dans ce liquide gélatineux. C'était un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, à parois minces, et qui portait vers sa partie interne une déchirure arrondie de la dimension d'une pièce 5 francs environ, par laquelle son contenu se déversait dans le péritoine. Toutes les cavités d'ailleurs, très multipliées, de la tumeur, contenaient une substance gélatineuse, analogue à celle qui était épanchée dans le ventre et qui provenait en grande partie de sa rupture.

Le kyste n'avait aucune adhérence avec les intestins ou la paroi abdominale. Il baignait au milieu du liquide colloïde épanché, lequel, sans avoir été enkysté par aucune néo-membrane, était resté localisé dans la partie gauche de l'abdomen et avait, comme une tumeur solide, refoulé vers la droite toutes les anses intestinales.

Le péritoine pariétal est sain, il n'y a aucune trace de péritonite. Toutes les anses intestinales en contact avec la gélatine épanchée sont un peu plus vascularisées que les autres; leur surface est dépolie et comme chagrinée. Après avoir excisé le kyste, son pédicule est lié et rentré, puis le ventre est fermé par trois plans de suture en surjet; mais auparavant nous avons pu examiner le pédicule de l'ancien kyste ovarique enlevé en 1890 par M. Viliar. Ce pédicule était absolument sain, isolé, et sans aucune adhérence avec les parties voisines.

Les suites opératoires ont été des plus simples. La malade a éprouvé fort peu de choc opératoire, elle n'a pas eu de vomissements chloroformiques. Pendant les deux ou trois premiers jours la température a dépassé 38, mais il n'y a eu aucune complication inflammatoire ni septique. Le 23 mars, toutes les sutures ont été

enlevées, et aujourd'hui la malade peut être considérée comme guérie : elle commence d'ailleurs à se lever.

Le kyste enlevé a été examiné au point de vue histologique au laboratoire des Cliniques de la Faculté. Il présentait tous les caractères des kystes multiloculaires de l'ovaire ; c'est un épithélioma mucoïde. Nous avons déjà dit que le liquide contenu dans les cavités non ouvertes de la tumeur était absolument semblable à celui qui était épanché dans la cavité abdominale, et dont nous donnons ci-joint l'analyse chimique faite par M. le professeur agrégé Barthe, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-André.

Analyse du liquide d'ascite gélatineuse.

Quantité de liquide fourni............	320 grammes
Densité............................	1024 —
Couleur jaune pâle..................	
Consistance de gelée................	
Aspect transparent...........	
Réaction neutre.........	
Extrait à 100°......................	58 gr. 65 par litre
Matières organiques.................	49 gr. 80 —
— minérales..................	8 gr. 85 —
Matières albuminoïdes totales........	46 gr. 70 —
Sérine..............................	23 gr. 10 —
Globuline................	12 gr. 30 —
Paralbumine.........................	11 gr. 30 —
Urée.........................	en petite quantité
Cholestérine........................	
Chlorure de sodium..................	7 gr. 60 par litre

Phosphate et sulfate en faible proportion.

Cette analyse nous démontre que la matière épanchée dans le ventre présente tous les caractères ordinaires des liquides des kystes ovariques. Enfin, nous avons pensé qu'il était bon de le faire examiner aussi au point de vue bactériologique. Un échantillon pris immédiatement après l'opération, dans le bassin où le contenu de l'abdomen avait été recueilli et laissé à l'air libre, a été porté à mon collègue, le professeur Ferré, qui a seulement constaté la présence de quelques microcoques de l'air, provenant certainement de la manière dont le liquide avait éte recueilli.

L'observation qui précède me paraît mériter quelques réflexions et cela à plusieurs points de vue.

En premier lieu, vous avez dû remarquer que ni M. Villar ni moi n'avons fait le diagnostic exact des lésions qui existaient chez notre malade. Nous n'avons pu arriver à reconnaître l'existence du kyste, ni même celle d'un épanchement par rupture. Tout au plus avions-nous soupçonné la nature gélatineuse du liquide épanché,

C'est qu'en effet, le diagnostic des ruptures des kystes de l'ovaire, fort aisé dans certaines circonstances, devient très difficile dans d'autres. Ces accidents se manifestent, vous le le savez, par deux ordres de phénomènes : des symptômes immédiats fonctionnels et physiques se produisant au moment de la déchirure et des signes réactionnels, qui se montrent dans les heures ou les jours qui suivent l'accident. Au moment de la rupture,la malade ressent une douleur plus ou moins forte, de nature et d'intensité très variables, parfois une simple sensation bizarre, un sentiment de déchirure intérieure, d'autres fois une grande et violente douleur, assez vive, dans certains cas, pour provoquer une syncope ou une crise convulsive, ce qui est encore plus rare. En même temps on trouve des signes physiques importants : le ventre, qui auparavant présentait tous les caractères ordinaires d'une tumeur abdominale, change de forme et offre immédiatement l'aspect et les symptômes d'un épanchement ascitique. Quant aux signes réactionnels, qui paraissent tantôt immédiatement, tantôt plusieurs jours après la déchirure, ce sont des symptômes de péritonisme ou de péritonite plus ou moins intense localisée ou généralisée, et parfois des phénomènes réflexes bizarres, émission abondante d'urines, peptonurie, etc.

Tous ces signes forment un tableau clinique suffisant, quand ils sont réunis, pour que le diagnostic soit facile, mais à la condition que le chirurgien appelé à les constater ait en même temps la connaissance de l'existence antérieure du kyste, soit qu'il ait été à même de le constater, soit que la

malade ait pu lui en affirmer la présence. Mais, lorsque les phénomènes de rupture sont constatés par un médecin qui ignore la tumeur abdominale, ce diagnostic peut être, dans certains cas, tellement difficile qu'il devient impossible. Il peut arriver, en effet, comme cela s'est vu dans l'observation de Rutherford-Morison que nous citons plus loin, que la rupture se soit produite sans aucun symptôme appréciable, et que rien ne vient mettre sur la voie du diagnostic. D'ailleurs, ce ne sont pas seulement les signes fonctionnels de la déchirure qui peuvent faire défaut, mais aussi les signes réactionnels, puisque dans bon nombre de cas de rupture des kystes il n'y a eu aucune lésion du péritoine, ni aucun symptôme réflexe ou autre dans les jours qui ont suivi l'accident. La constatation de l'inflammation péritonéale, coïncidant avec l'apparition des signes de l'ascite, peut mettre le chirurgien sur la voie du diagnostic, alors même qu'il n'est pas informé de l'existence antérieure d'une tumeur, mais l'absence de toute réaction abdominable rend encore le cas plus obscur.

Enfin il existe d'autres difficultés de diagnostic, tenant à la nature colloïde de l'épanchement, qui avaient été déjà signalées par Math. Duncan, dans les *Clinical Lectures on diseases of Women* (*Leçon* 18) : « Le liquide qui provient du kyste rupturé, dit-il, se trouve ordinairement libre au milieu de la masse intestinale. Mais ceci n'arrive pas toujours, et la diffusion peut être limitée par d'anciennes adhérences ou bien *il peut être tellement visqueux qu'il ne peut pas se répandre dans la cavité abdominale et qu'il déplace au contraire les intestins comme s'il était lui-même une tumeur* ». Cette dernière disposition existait chez notre malade, puisque, vous vous en souvenez, le liquide épanché, quoique non enkysté, était uniquement contenu dans la moitié gauche de l'abdomen et avait refoulé vers la droite toute la masse intestinale. Si l'on ajoute à cette particularité, que personne n'avait constaté chez la malade ni l'existense d'un kyste de l'ovaire, ni aucune augmentation de volume du ventre depuis la pre-

mière ovariotomie, il est permis de comprendre pourquoi nous n'avons pu arriver à un diagnostic précis.

Cependant, le fait une fois constaté, il est permis de retrouver le moment exact de la rupture. La malade elle-même nous en a fait l'histoire, en nous disant qu'au mois d'octobre 1895, un jour qu'elle faisait un travail pénible, elle a brusquement ressenti dans le ventre une douleur violente suivie d'une abondante évacuation d'eau par le rectum. Ce sont là évidemment les phénomènes immédiats de la rupture de son kyste. Je vous demande la permission d'insister sur ces symptômes, qui ont un caractère tout à fait particulier. A quoi peut être due cette évacuation soudaine, abondante et unique, d'eau par le rectum, tellement grande que la malade la compare d'elle-même à la perte des eaux au moment de l'accouchement ? Faut-il y voir la preuve d'une rupture du kyste dans l'intestin et plus spécialement dans le rectum ? Faut-il y voir, au contraire, un simple phénomène réflexe ?

Les ruptures des kystes de l'ovaire dans l'intestin ne sont pas très rares. Nepveu dans son mémoire en 1875 (1) en a rassemblé 11 cas, et M. Terrier a publié sur ce sujet dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, en 1877, une étude très documentée et très intéressante, basée sur une réunion de 36 cas y compris l'observation qui fait l'objet de son travail. De l'examen détaillé de tous ces faits, il résulte que l'évacuation du liquide par l'intestin ne se fait jamais en une fois et d'un seul coup ; ordinairement l'écoulement dure plusieurs jours et alterne avec des matières fécales ou se mélange à elles. De plus, l'orifice de communication ne se ferme pas immédiatement. Au contraire, il reste permanent pendant un certain temps : de là, dans la plupart des cas, l'introduction des gaz dans les cavités kystiques. Il s'ensuit que le kyste ne s'affaisse pas, ou du moins persiste en partie,

(1) Nepveu. Rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine, etc. *Annales de Gynécologie*, juillet 1875, t. IV, p. 14.

et que l'on constate dans son intérieur du tympanisme et des bruits hydro-aériques. Ces phénomènes ne sont cependant pas absolument constants. Mais, comme le fait remarquer M. le professeur Terrier, il faut toujours, non pas pour la rupture du kyste, mais pour arriver à l'ouverture dans le tube digestif, un intermédiaire obligé : l'inflammation. Aussi toujours a-t-on constaté un certain degré de péritonite localisée, réduite au minimum à des adhérences unissant le kyste à la paroi intestinale. Or, nous n'avons trouvé aucun de ces caractères chez notre malade. Le liquide évacué par le rectum était différent de celui que nous avons constaté dans l'abdomen; l'écoulement s'est produit d'un seul coup, en une fois, et ne s'est pas renouvelé; il n'y avait pas de gaz dans le kyste complètement revenu sur lui-même, et enfin l'ovariotomie nous a permis de constater que ce kyste était libre dans l'abdomen, et qu'en particulier il n'y avait aucune espèce d'adhérence entre la paroi kystique et un point quelconque du tube intestinal. Pour toutes ces raisons, je ne me crois pas en droit de conclure à une rupture dans l'intestin. Faut-il alors voir dans l'évacuation d'eau par l'anus un simple phénomène réflexe? Il est difficile de l'affirmer. Certainement dans quelques cas et en particulier dans ceux de Galabin, de Lawrie Gentles rapportés dans la thèse de M^me^ Waite (1), on a signalé des mictions très exagérées comme nombre et comme quantité, accompagnant certaines ruptures intra-péritonéales de kystes de l'ovaire et certainement d'ordre réflexe. Mais ces évacuations de liquide ne sont ordinairement ni uniques ni immédiates. Elles se produisent le plus souvent le surlendemain ou le troisième jour, rarement plus tôt, et durent pendant plusieurs jours. Elles ont donc une marche et des caractères différents de l'évacuation d'eau par le rectum qu'a présentée notre malade, et dont je n'ai trouvé aucun exemple analogue

(1) M^me^ WAITE. *Contribution à l'étude de la rupture des kystes de l'ovaire.* Thèse de Paris, mai 1888.

dans les nombreuses observations de rupture de kyste que j'ai parcourues. Aussi je dois me contenter de vous signaler ce symptôme intéressant sans pouvoir vous en démontrer exactement le mécanisme.

Il me reste enfin à étudier avec vous le pronostic exact des épanchements colloïdes, à propos de notre malade, en vous rappelant que nous avons constaté chez elle une intégrité absolue de la séreuse péritonéale, sauf un état chagriné de quelques anses intestinales, alors que la rupture de son kyste remontait à plus de quatre mois. Je n'ai pas l'intention de reprendre ici l'étude complète du pronostic des ruptures ovariques, que l'on considérait en France comme un accident redoutable, alors que certains auteurs étrangers, comme C. Schrœder, regardent ces faits comme rarement graves. Je ne désire m'occuper ici que des épanchements colloïdes. C'est Nepveu, qui le premier, dans le mémoire que j'ai déjà cité, eut, à juste titre, l'idée d'examiner le pronostic des ruptures ovariques suivant la nature du liquide épanché, et le jugement qu'il porte sur l'épanchement de kystes à liquide gélatineux est des plus sévères : « Le liquide de ces kystes, dit-il, est très funeste ; c'est du reste une vieille remarque qu'ont faite depuis longtemps les ovariotomistes, 7 cas, 7 morts. » Et il ajoute : « Dans toutes ces observations la mort a été prompte ; dans une (Bright) mort subite. » Les conclusions de Nepveu ont été reproduites par la plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet après lui. Cependant en constatant l'innocuité parfaite de l'épanchement gélatineux, dans le cas qui nous occupe, en voyant que M^me^ Waite avait rapporté dans sa thèse quelques observations de rupture de kystes à contenu colloïde sans phénomènes consécutifs graves, que M. Lair dans son travail inaugural avait pour ainsi dire protesté contre cette prétendue gravité et cela au nom du professeur Poncet, j'ai cru intéressant de reprendre l'étude de ce point particulier et d'examiner la valeur de l'assertion si absolue de M. Nepveu.

Les sept observations sur lesquelles il base son jugement

sont les suivantes : celles de Carlo Secchi, Bright, Société anatomique, Niemeyer, Menzel, Spencer Wells (1861), Spiegelberg.

Nous n'avons pu nous procurer l'observation de Carlo Secchi (in Omodéi, *Annales univer. di medicina*, t. LXIII. Kyste avec gelée). Malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu retrouver aux sources indiquées par M. Nepveu l'observation de Bright (*Guy's Hospital Report*, III, obs. XVI) qu'il résume ainsi : « Kyste depuis plusieurs années. Mort subite. Paroi mince, liquide gélatineux. Sensation bizarre, les boyaux tournaient. » *Nous n'avons pas trouvé davantage* celle de Niemeyer (*Traité de pathologie*, II^e édition) rapportée ainsi : « Mort à la quatrième ponction. Liquide épais, véritable bouillie, riche en cholestérine. »

Pour les quatre dernières observations, celles de la Société anatomique, de Menzel, de Spencer Wells (1861) et de Spiegelberg, la cause de la mort ne paraît devoir pas être attribuée, sans discussion, à la rupture du kyste.

L'observation de la Société anatomique est celle de M. Bailly (*Soc. anatomique de Paris* 1854, p. 52). M. Nepveu la résume en ces termes : « Kyste multiloculaire renfermant une matière glaireuse, rompue à la partie postérieure dans le péritoine. » Il s'agissait d'une jeune femme de dix-huit ans, entrée à Necker pour un volumineux kyste multiloculaire de l'ovaire, dans le service de M. Lenoir où son kyste fut ponctionné. Pendant quelques jours, après cette ponction, le ventre devint douloureux, puis peu à peu tout rentra dans l'ordre. Elle revint à l'hôpital, service de Natalis Guillot, un mois et demi plus tard avec des symptômes de cholérine grave dont elle guérit rapidement. Quelques jours plus tard la malade ressent une douleur vive dans le flanc gauche, des signes de péritonite généralisée se développent et la malade meurt le 16 mai. On trouve à l'autopsie une rupture de la partie postérieure du kyste avec épanchement gélatiniforme, et des lésions de péritonite aiguë généralisée. Mais, en outre, il y avait des adhérences nombreuses unissant la face anté-

rieure du kyste avec la paroi abdominale. De plus, « la loge principale, celle que le chirurgien de Necker avait ponctionnée, offre des signes non douteux d'inflammation, rougeur foncée dans toute l'étendue de la face interne, ecchymose et points sphacéliques de ses parois ».

Il est donc permis de se demander si l'infection évidente du kyste par la ponction n'avait pas altéré le liquide contenu dans ce kyste, ce qui expliquerait la péritonite causée par l'épanchement intra-abdominal à la suite de la rupture spontanée.

Dans les trois autres observations, il est encore moins permis de regarder l'épanchement du liquide comme cause de la mort.

Dans l'observation de Spencer Wells (*Medical Times*, 1861, mars, II, p. 246), en suivant le résumé donné par Nepveu lui-même, il est facile de voir que la malade a succombé à une péritonite causée par une ponction. Voici les faits : « Kyste et ascite, ponction de l'ascite : on retire 8 pintes. La seconde nuit, accès hystériques soudains. L'abdomen est aussi volumineux qu'avant, légère péritonite. Mort cinq jours après la ponction : sérum trouble, péritonite étendue, peu de sang, petit bassin rempli de matières glaireuses ». Il n'est pas douteux que la péritonite ne soit la conséquence de la ponction qui avait peut-être aussi causé la rupture du kyste. En tous cas il paraît absolument improbable que la péritonite soit due à l'épanchement gélatiniforme.

L'observation de Spiegelberg (*Archiv für Gynækologie* 1870) est encore plus démonstrative.

Il s'agissait d'une femme de quarante-deux ans, veuve, et mère de six enfants. Elle portait depuis trois ans un kyste de l'ovaire qui avait été ponctionné trois fois. La dernière ponction avait permis de retirer 2,400 c.c. de liquide contenant de la paralbumine, des cellules colloïdes et de la cholestérine. La malade est ovariotomisée; on trouve un kyste rompu Elle meurt de péritonite cinq jours après l'opération.

Donc cette malade meurt de péritonite après une ovariotomie, et on voudrait attribuer la péritonite à l'épanchement colloïde et non à l'opération. Le simple énoncé des faits suffit à juger la question : il est inutile d'insister.

Enfin la dernière observation est celle de Menzel et provient du journal *Il Morgagni*, 1873, p. 436. Nepveu, qui en a recueilli la traduction résumée dans la *Gazette médicale de Paris* de 1873, la note en ces termes d'après ce journal : « Première ponction, issue du liquide gélatineux dans l'abdomen : au bout d'un mois, deuxième ponction. Mort le lendemain. Autopsie : péritonite chronique. » Si l'on se reporte à l'observation originale publiée dans le journal *Il Morgagni*, 1873, p. 436, on voit que les choses sont tout autres. La malade, âgée de soixante-sept ans, très affaiblie, avait depuis deux mois le ventre très développé et des signes d'ascite. Au début, elle avait eu des douleurs et des vomissements qui avaient bientôt cessé. Elle entre le 23 mars 1872 dans le service médical du docteur Lorenzotti qui, par exclusion, porte le diagnostic de cirrhose hépatique. Devant l'augmentation progressive de la dyspnée, le docteur Lorenzotti pratique la ponction le 24 avril 1873. A sa grande surprise, le liquide est tellement colloïde que rien ne s'écoule par le trocart, et qu'on peut à peine obtenir par aspiration une petite quantité de cette masse gélatineuse. La nature de cet épanchement fait penser à un kyste ovarique et, deux jours après, la malade est transférée dans le service chirurgical du docteur Menzel. Dès le soir de son entrée la dyspnée est tellement intense que l'on est forcé de pratiquer une seconde ponction avec aspiration qui donne issue, elle aussi, à une très faible quantité de gelée à demi solide. Le 27 avril au soir, la malade succombait. Le docteur Menzel, en voyant le liquide gélatineux libre dans le péritoine, avait pensé à une rupture de kyste ovarique, mais il avait repoussé cette idée, car une telle rupture avec un « *liquide de cette sorte aurait dû produire une péritonite foudroyante* ». L'autopsie démontra cependant la vérité de ce diagnostic. Et l'au-

teur s'étonne que cet épanchement ait pu exister plus d'un mois sans occasionner de péritonite suraiguë. Nous voilà loin de l'issue fatale causée rapidement par la rupture. Il est avéré ici que l'épanchement a duré plusieurs mois sans amener aucun accident.

L'analyse détaillée des observations sur lesquelles s'est appuyé Nepveu, nous permet donc déjà d'en appeler de son affirmation. Il est inexact de dire, ainsi qu'il l'a fait, « 7 *cas* 7 *morts* », et encore moins d'ajouter « *dans tous ces cas la mort a été prompte* » ; puisque sur ces 7 cas nous en voyons 4 où la mort peut être différemment expliquée. Dans le cas de Bailly (Société anatomique) la rupture a eu lieu sur un kyste enflammé par une ponction antérieure, donc le liquide avait été par ce fait fort probablement infecté. Dans l'observation de Spencer Wells, la péritonite qui a causé la mort est due à une ponction et non à la rupture du kyste. Dans le fait de Spiegelberg, la malade est morte de péritonite, mais à la suite d'une ovariotomie, et cette inflammation est souvent la conséquence de l'opération. Enfin, dans le cas de Menzel, l'épanchement abdominal a duré plusieurs mois, avant que le malade ne succombât et on n'a trouvé à l'autopsie que des lésions de péritonite chronique.

D'ailleurs nous avons pu trouver dans la littérature médicale nombre d'autres faits qui contribuent à démontrer complètement que les conclusions de Nepveu sont erronées, et que la rupture des kystes ovariques à contenu gélatineux est loin d'avoir la gravité que, sur ses affirmations, la plupart des auteurs lui avaient accordée. Qu'il me soit permis d'en rapporter ici quelques-uns.

Dans l'excellente thèse déjà citée de M^me^ Waite, nous trouvons 4 cas de rupture avec épanchement gélatineux.

Le premier appartient à Hunter (*American Journal of Obstetrics*, 1881, t. XIV, p. 874). Il s'agissait d'un kyste à contenu colloïde, qui se rompit deux fois ; l'ovariotomie fut pratiquée dix jours après la première rupture, trois jours après la seconde. Il n'y avait pas trace de péritonite, la malade guérit.

Le second à Emmet (*American Journal of Obstetrics*, 1882, t. XV) qui mentionnait un cas semblable observé par lui quelque temps auparavant, et il attribuait l'absence de péritonite à ce fait qu'il avait, au cours de l'ovariotomie, pratiqué le lavage de l'abdomen avec de l'eau tiède.

Le troisième est dû à Mundé (*American Journal of Obstetrics*, 1882, t. XV, p. 290). La rupture datait déjà de quelque temps au moment de l'ovariotomie que a permis de constater l'intégrité du péritoine. La malade a guéri sans incident.

Enfin la quatrième observation est celle de Buckam (*American Journal of Obstetrics*, octobre 1879) : ovariotomie pratiquée trois jours après une rupture du kyste colloïde. Il n'y avait aucune trace de péritonite : la malade guérit rapidement.

Nous trouvons encore trois observations analogues dans la thèse déjà citée aussi de M. Lair (Lyon, 1892). Deux d'entre elles appartiennent au professeur Poncet. Dans la première, il s'agissait de la rupture non diagnostiquée d'un kyste à contenu colloïde chez une malade qui portait un double kyste de l'ovaire. La rupture datait certainement de plusieurs jours au moment de l'ovariotomie. Le péritoine était rouge, villeux : néanmoins, la malade guérit. La seconde observation concernait une personne atteinte d'un kyste de l'ovaire gauche papillomateux ; rupture de la poche : pas de péritonite, mais péritoine infecté de tumeurs secondaires. L'ovariotomie fut pratiquée et la malade guérit de son opération.

Le troisième fait rapporté dans la thèse de M. Lair démontre mieux qu'aucun autre l'innocuité possible des épanchements colloïdes. Il est dû à Rutherford-Morison et est emprunté à l'*Edinburg Med. Journal*, 1888. Il s'agissait d'un cas de rupture kystique avec épanchement colloïde, rencontré au cours d'une ovariotomie, sans que rien ait pu faire penser à la rupture qui certainement était déjà ancienne. Le péritoine était absolument sain, et la guérison fut des plus simples.

J'ai réuni quelques autres faits analogues empruntés à des sources diverses.

Ainsi, dans le *New-York Medic. Journal*, 21 décembre 1889, Douglas rapporte deux cas intéressants de rupture de kyste avec épanchement colloïde, sans accidents péritoniques consécutifs. Le premier, qui lui est personnel, est relaté brièvement et sans détails suffisants. Le second, dû à Meredith, de Londres, ressemble aux observations citées ci-dessus. C'est un cas de rupture datant de quelque temps déjà au moment où fut pratiquée l'avariotomie. Le péritoine était sain, mais le ventre était tellement garni de matière colloïde épanchée que le nettoyage complet fut impossible. La guérison eut lieu néanmoins sans accidents.

Dans les *Annales de la Société Belge de Chirurgie* (15 oct. 1894), M. Rochet rapporte un cas d'ascite gélatineuse due à la rupture d'une tumeur kystique de l'ovaire, sans indication de la date de l'accident. L'ovariotomie fit voir un péritoine rouge, infecté secondairement, mais l'opération fut néanmoins suivie de guérison.

Vanzetti a publié dans le journal *Lo Sperimentale*, 1877, p. 415, une observation très détaillée d'un kyste ancien qui avait déjà subi de très nombreuses ponctions lorsqu'il se rompit partiellement. L'ovariotomie, pratiquée une dizaine de jours après l'accident, permit de constater la présence d'une ascite gélatineuse due à la rupture d'une poche du kyste multiloculaire. Pas de péritonite : au contraire, le péritoine était très pâle et comme lavé. La malade très affaiblie depuis longtemps, ne put supporter l'opératien et succomba douze jours après sans avoir présenté d'élévation de température. L'autopsie démontra l'existence de lésions de péritonite récente.

Dans la revue publiée dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique* (1889-90) par mon regretté maître Terrillon, et intitulée « Réflexion sur deux cents ovariotomies », il rapporte deux très instructives opérations de rupture de kystes avec épanchement colloïde. Les deux fois il s'agissait de

kystes de l'ovaire double. Dans le premier cas, la malade, qui avait été opérée avec succès en 1887 pour un premier kyste, revint en 1887 pour se faire soigner d'un second kyste qui s'était rompu environ un mois avant son entrée à l'hôpital. Cette rupture avait entraîné des accidents péritonéaux assez graves, avec vomissements incoercibles et la malade était extrêmement affaiblie. L'opération fut très longue et très pénible à cause des difficultés extrêmes de nettoyage d'un abdomen absolument rempli d'une masse colloïde épanchée. La malade mourut de choc quelques heures après l'opération.

La seconde observation fut plus heureuse. La femme qui avait un kyste gélatineux, pesant environ 18 kil., rupturé dans le péritoine, fut ovariotomisée avec succès bien qu'il ait été impossible de faire une toilette complète de l'abdomen. Il n'y avait pas trace de péritonite. Elle revint en 1889, portant un nouveau kyste colloïde de l'autre ovaire, cette fois-ci sans rupture. L'ovariotomie fut compliquée seulement de l'ablation d'épiploons myxomateux, elle guérit facilement et l'opération permit de voir qu'il n'y avait pas de péritonite et que la rupture du premier kyste n'avait laissé aucune trace.

Nous pouvons ajouter à ces quelques faits notre observation personnelle rapportée au début de ce travail, dans laquelle une malade, opérée quatre ans auparavant d'un kyste colloïde droit, se présenta avec un kyste ovarien gauche à contenu colloïde, rompu depuis quatre mois, sans lésions de péritonite; à peine voyait-on une surface un peu chagrinée dans les parties en contact avec l'épanchement. La seconde ovariotomie fut aussi heureuse que la première, malgré un nettoyage incomplet de l'abdomen.

Il résulte donc de ces quatorze observations que nous pouvons opposer aux faits de Nepveu, que le plus souvent, ainsi que l'ovariotomie a permis de constater, l'épanchement du contenu colloïde dans l'abdomen n'a causé aucun accident inflammatoire. Cette intégrité péritonéale est notée expressément dans dix de ces quatorze cas, ce sont les obser-

vations de Hunter, Emmet, Mundé, Buckam, Poncet (2e obs.), Rutherford-Morison, Douglas-Meredith, Vanzetti, Terrillon (2e obs.), Boursier.

Dans un cas, celui de Douglas, il n'y a rien de signalé à ce sujet. Enfin, dans les trois dernières observations, cas de Poncet (2e obs.), de Rochet, de Terrillon (1re obs.), il y a des signes évidents de péritonite, mais ces accidents n'ont rien de foudroyant, puisque la rupture datait de plusieurs jours dans les observations de Poncet et de Rochet, et que, malgré les lésions péritonéales, l'ovariotomie a permis de guérir les malades. Enfin, chez l'opérée de Terrillon (1re obs.), la rupture datait d'un mois, et la malade est morte de choc, après une ovariotomie très pénible et très longue et non de la péritonite occasionnée par la rupture.

L'analyse de ces quelques faits suffit à démontrer que, contrairement à l'assertion de Nepveu, la rupture des kystes ovariens à contenu gélatineux, dans la cavité péritonéale, est le plus souvent un accident sans gravité, et ne donnant pas lieu à des phénomènes de péritonite. Nous pouvons ajouter en outre que dans les cas rares, 3 sur 14, où cet accident se montra, il put être le plus souvent heureusement combattu par l'ovariotomie (obs. de Poncet et de Rochet).

Ces résultats permettent aussi de penser que le contenu des kystes colloïdes, quand ils n'ont pas été infectés par un traumatisme accidentel ou chirurgical (ponction) ou par une inflammation antérieure, est dépourvu de germes infectieux, bien que l'étude bactériologique de ces productions n'ait pas été complètement faite. Nous ne connaissons en effet à ce sujet que les recherches de Quénu, mentionnées par le professeur Terrier dans sa sixième série de vingt-cinq ovariotomies (*Revue de chirurgie*, 1838) et qui constatait l'absence des germes pathogènes dans les liquides de kystes ovariques non enflammés. L'intégrité du péritoine dans certains cas anciens de rupture intra-péritonéale et principalement dans l'observation qui fait l'objet de ce travail, et dans laquelle la rupture datait de quatre mois avant l'ovariotomie, permet

de considérer cette opinion comme exacte. D'ailleurs, l'examen bactériologique du liquide épanché dans l'abdomen, a été fait par notre collègue le professeur Ferré et a démontré que ce liquide ne contenait aucun germe pathogène, et à peine quelques microcoques de l'air.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Du traitement chirurgical de l'étroitesse excessive de l'orifice externe de l'utérus.

Courty, Rossner, Mars.

A la Société gynécologique de Cracovie (séance du 15 décembre 1896) et dans un des derniers numéros du *Centr. f. Gyn.*, nous trouvons plusieurs travaux ayant trait à une opération *dite nouvelle* contre la sténose de l'orifice externe du col. Ce procédé aurait été appliqué une fois par Rossner. Il s'agissait d'une multipare de 32 ans, mariée depuis 13 ans, et atteinte de dysménorrhée typique. 12 années auparavant, elle avait subi, avec un certain bénéfice, la discission du col. Malheureusement, quelques mois après, les accidents dysménorrhéiques s'étaient reproduits. « *Le principe de l'opération,* écrit l'auteur, *réside dans la dissection d'un lambeau aux dépens de la portion vaginale et dans l'insertion de ce lambeau dans l'angle de la plaie obtenue par la discission. Comme on le sait, la nouvelle adhésion des surfaces cruentées débute au niveau de cet angle. Or, le procédé actuel prévient cette adhésion en supprimant l'angle dont il s'agit, tandis que, d'autre part, le lambeau transplanté maintient éloignées les surfaces avivées.* » Une ligature au catgut fixe le lambeau dans sa nouvelle situation. La figure ci-jointe (fig. 1) met bien en évidence du reste le procédé de l'auteur.

Rossner fait naturellement des réserves quant à l'efficacité de ce procédé à l'actif duquel il n'a qu'une seule observation, trop récente, à produire : « il serait bien prématuré, et ce n'est pas

d'ailleurs mon intention, de recommander cette méthode, en me fondant sur ce fait unique et tout récent, comme mettant sûrement à l'abri de la soudure à nouveau, remettant les choses en l'état primitif, des surfaces divisées. Toutefois, je me crois autorisé à admettre, *a priori*, qu'elle est plus apte à prévenir ce contre-temps que tous les autres procédés employés jusqu'ici, etc. (1).

Appréciant ce procédé, le professeur A. Mars écrit : « Cette méthode est originale, en outre très simple. *Elle consiste dans*

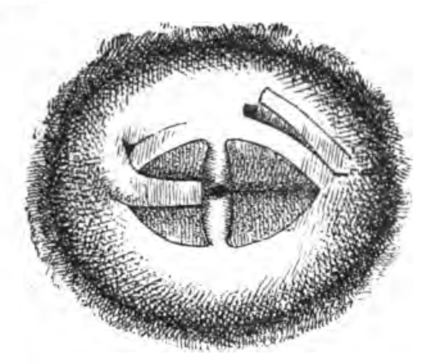


Fig. 1.

l'implantation d'un lambeau muqueux dans la plaie produite par la division de l'orifice externe sténosé » (2).

Mars ajoute qu'il s'était proposé de l'appliquer à la première occasion, ce qu'il fit en faisant subir au procédé une légère modification : au lieu de tailler les lambeaux à une certaine distance de l'orifice externe, il les prend de chaque côté de l'orifice externe, sur la portion vaginale, ainsi qu'il ressort des figures. Les lambeaux disséqués et relevés, il incise au bistouri la portion vaginale jusqu'à la base des lambeaux, puis fixe les lambeaux dans l'angle de la plaie au moyen d'une suture au catgut. Ayant examiné 8 jours après l'opération l'unique malade chez laquelle il a appliqué le procédé, il constata que l'orifice externe était large et les lambeaux remarquablement pris dans leur nouvelle situation (fig. 2 et fig. 3).

(1) Zur Technik der Discission des ausseren Muttermundes. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 8, p. 210 et *seq*.

(2) *Cent f. Gyn.*, 1897, nº 8, p. 218.

En réalité, ce procédé compte déjà nombre d'années et possède à son actif bien plus que les deux observations, si récentes, résumées plus haut. Voici en effet, ce que nous lisons dans le vieux traité, classique, d'un des fondateurs de cette Revue, Courty : *Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires*

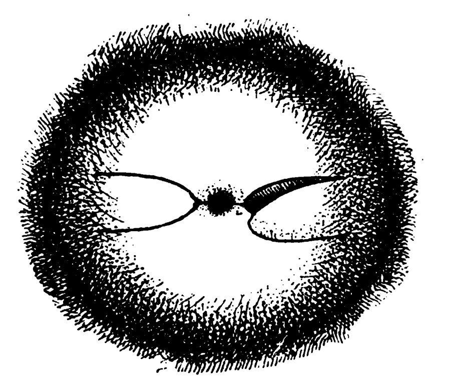


FIG. 2.

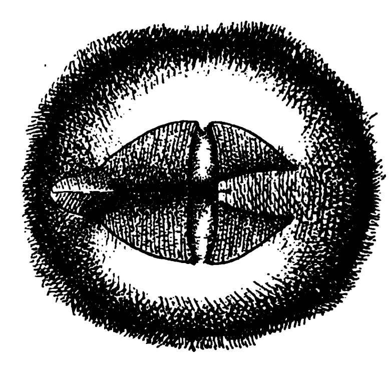


FIG. 3.

et des trompes, édition III, 1881, p. 513.

« *Autoplastie par formation de commissures artificielles.* Si l'orifice est étroit, sans que le col soit conique, je taille des lambeaux latéraux triangulaires ou quadrangulaires ; une fois les lambeaux disséqués, renversés (fig. 4), je distends bien l'orifice à l'aide

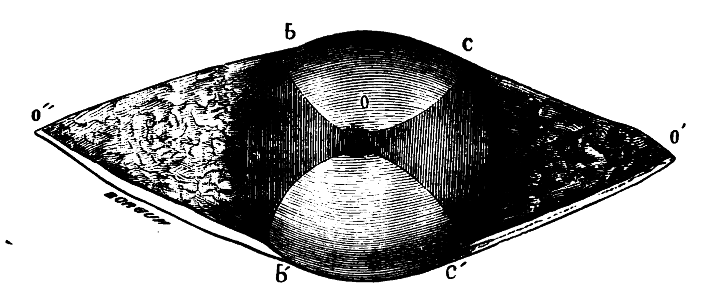


FIG. 4.

de mes pinces érignes divergentes, je le débride profondément à droite et à gauche (fig. 5), et, entre ces deux lèvres maintenues écartées, j'insinue dans chaque commissure saignante, plus ou

moins profonde, que je viens de faire, la surface saignante de chaque lambeau latéral, et je l'y maintiens à l'aide d'un simple point de suture ou de deux points de suture de chaque côté,

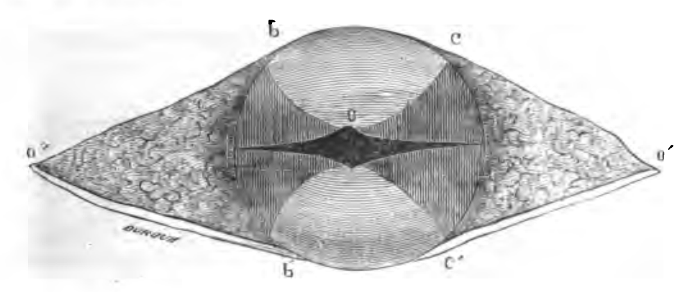


FIG. 5.

simplement tordus (fig. 6) ou retenus par deux boutons de chemise (fig. 7).

« Ce qu'il y a de plus intéressant à constater ce sont les résultats consécutifs de ces autoplasties : j'en ai vu datant de plusieurs années à la suite desquelles l'élargissement de l'orifice, avec de solides commissures, s'est parfaitement conservé. Chez

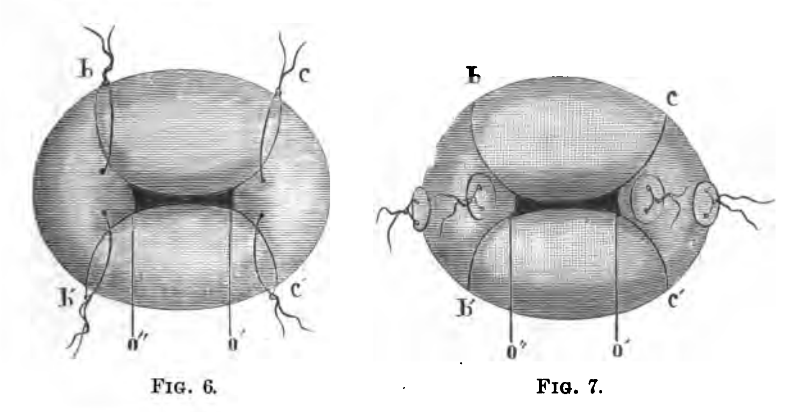


FIG. 6. FIG. 7.

toutes les malades ayant subi cette opération, la dysménorrhée a été guérie, chez un grand nombre la stérilité a cessé. »

Si nous avons cru devoir rappeler cette description, ce n'est pas simplement pour rétablir un point de priorité, c'est aussi

pour qu'on sache que les résultats éloignés de l'opération qu'attendent les chirurgiens allemands sont bons et qu'on possède à cet égard de nombreuses et anciennes observations.

R. LABUSQUIÈRE.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

M. ROUTIER : **Traitement des fistules vésico-vaginales** (1). — J'ai vu, comme M. Berger, un certain nombre de fistules vésico-vaginales, toutes consécutives à l'accouchement ; j'en vois moins depuis quelque temps, parce que les accoucheurs accouchent mieux et aussi, peut-être, parce que les chirurgiens qui savent opérer ces fistules sont plus nombreux.

Je ne veux pas parler de fistules vésico-vaginales créées par le chirurgien dans un but thérapeutique. Ces fistules sont faciles à oblitérer ; elles sont même parfois difficiles à entretenir.

Hormis ces cas, je compte dix opérations de fistules vésico-vaginales. Une fois j'ai dû faire l'oblitération du vagin, et il s'est formé des calculs. Une autre fois, j'ai opéré à deux reprises différentes une malade chez laquelle M. Verneuil était intervenu quinze fois. La fistule a fini par s'oblitérer d'elle-même, deux ans après ma dernière intervention.

Les deux gros écueils de ces opérations sont les brides et les adhérences. Dolbeau et Verneuil, que j'ai vus opérer autrefois, n'employaient pas la sonde de Bozeman. Je regrette de ne pas en connaître l'emploi, après ce que nous en a dit M. Berger. Je remplace le dilatateur par des incisions qui donnent parfois d'assez fortes hémorrhagies.

Une fois j'ai dû, pour combler une vaste perte de substance, attirer en bas le col de l'utérus et fixer sa lèvre antérieure à la partie antérieure de la vulve.

---

(1) Voir *Annales de gynécologie*, n° de mars, p. 177 et 188, les communications de MM. Berger et Bazy.

Ma conclusion est que pour toutes ces opérations autoplastiques, il faut faire de larges avivements. On peut suturer au fil d'argent, après affrontement. Je réserve cependant les crins de Florence aux fistules de cause chirurgicale. Je fais la simple torsion des deux fils d'argent que j'ai soin de prendre longs. Je n'ai plus tard qu'à les détordre pour les enlever.

M. Ricard. — Mon maître, M. le professeur Berger, m'a fait l'honneur de citer, l'autre jour, le procédé que j'ai préconisé dans le traitement des fistules vésico-vaginales. Ce procédé, je l'ai exposé au dernier Congrès français de chirurgie. Je ne veux pas vous redire aujourd'hui ce que j'ai dit alors ni vous rappeler mes observations. Mais je reviendrai seulement sur quelques points de ma technique tout en faisant remarquer qu'il ne s'agit pas là d'une méthode nouvelle et que vous en trouveriez les principaux éléments dans les communications faites par Velpeau, vers 1860, à la Société de chirurgie.

Le *premier temps* de mon opération est, pour moi, le temps capital. Il consiste dans l'abaissement de la fistule. Quelques-uns de mes collègues ont mis en doute la possibilité de cet abaissement. D'autres ont dit que j'avais la prétention d'abaisser ainsi toutes les fistules. Cela n'est pas. Mais je déclare que dans nombre de cas (dans les miens la chose a été possible), surtout dans le cas où la fistule vésico-vaginale est consécutive à une hystérectomie vaginale, on a affaire à des tissus souples qu'il est facile de faire descendre jusqu'à la vulve. D'autres fois, j'en conviens, l'abaissement est plus difficultueux et il se fait incomplètement. Mais n'est-ce pas déjà un avantage considérable que d'avoir pu amener le trajet fistuleux aussi près que possible des doigts de l'opérateur ?

Pour abaisser, donc, la région de la fistule, il faut surtout le vouloir et faire de cet abaissement un temps bien spécial, le premier temps du traitement de la fistule. Pour cela, il ne faudra pas introduire des valves dans le vagin, mais il faudra abaisser sans valves. Les valves distendraient les parois vaginales et nuiraient à l'abaissement. Ensuite, seulement, on introduira une valve dans le vagin et encore faudra-t-il que ce soit une valve courte.

Le *deuxième temps* de mon opération consiste dans l'avivement du trajet fistuleux. La règle générale qui doit dominer cet avive-

ment, c'est la nécessité de mobiliser les parties que l'on va suturer et de les mobiliser à fond. Pour faire cette mobilisation, j'incise à droite et à gauche de la fistule l'épaisseur de la muqueuse et je dissèque en dédoublant les parois vaginale et vésicale. Dans beaucoup de cas, cette dissection est facile. On a ainsi deux lambeaux latéralement, et, au centre de la paroi vaginale, le trajet fistuleux. Du côté de la paroi vésicale, je ne m'occupe pas du trajet. Je ne m'en occupe que du côté de la paroi vaginale où j'avive et où je réunis par des fils à suture.

J'ai pu faire ainsi quatorze fois cette opération avec un égal succès. Mais je reviens encore sur la nécessité de mobiliser autant que possible la région fistuleuse si l'on veut mener les choses à bien. J'en prends à témoin M. Routier qui, dans un cas, a dû mobiliser l'utérus et même faire l'hystérectomie vaginale. Je ne tiens donc pas à tel lambeau plutôt qu'à tel autre pour obturer la fistule, mais je tiens à une mobilisation absolue de façon à faciliter plus tard l'affrontement.

Le *troisième temps* consiste dans la suture. J'ai pour habitude de ne suturer que la cloison vaginale sans m'occuper de la paroi vésicale. Cela suffit et l'injection de liquide coloré dans la vessie, aussitôt l'opération, laisse habituellement à sec le trajet fistuleux ainsi suturé. Comme M. Berger, je préfère employer les fils d'argent. Je pense que les soies s'infiltrent trop facilement de liquide et s'infectent. Je prends des fils d'argent volumineux. Je compte les tours de façon à pouvoir plus facilement enlever les fils plus tard. Je les laisse en place environ huit ou dix jours.

Si l'asepsie du vagin a été faite avec soin, on doit obtenir une réunion parfaite, sèche et sans rougeur aucune.

Je conviens, cependant, que dans certaines fistules consécutives à l'accouchement, la mobilisation est difficile. Aussi je n'ai pas l'intention d'être absolu dans les applications ni dans les résultats de mon procédé.

J'ajouterai enfin que si le vagin a des adhérences, il y a des cas où l'on sera obligé de faire la laparotomie pour traiter la fistule vésico-vaginale. Mais je ne veux pas insister sur ce côté de la question, devant y revenir prochainement à propos d'un rapport dont vous m'avez chargé.

M. Lucas-Championnière. — Il ne faut pas exagérer une des méthodes proposées dans un sens déterminé. Les uns ont exagéré

les méthodes américaines. D'autres ont critiqué Jobert de Lamballe. Je l'ai vu opérer, il opérait bien, seuls les fils qu'il employait méritent la critique. Il mettait des soies trop grosses et qui laissaient plus tard de petites fistulettes lorsqu'on les sortait.

Le fil d'argent a été un progrès. C'est un progrès qu'il faut maintenir. Je le préférerais au catgut.

Je ne crois pas que l'opération de la fistule vésico-vaginale soit si difficile qu'on veut bien le dire. Depuis que nous les opérons dans de meilleures conditions, nous obtenons tous de bons résultats.

Tout se ramène, en somme, dans l'avivement d'une surface large à la façon des Américains.

Il me paraît difficile de grouper les faits. Il y a des cas d'une simplicité extrême dans la réparation. D'autres fois, la réparation est très difficile. Il semble qu'il faille tenir compte, à ce point de vue, des qualités de l'urine du sujet.

Le fait suivant le prouve : J'ai opéré chez une dame une fistule vésico-vaginale siégeant au voisinage de l'urèthre. Tout le monde sait combien ces fistules sont difficiles à guérir. Une première fois la fistule se ferma. La fermeture résista même à un accouchement, mais, huit mois après cet accouchement, elle se rouvrit. La cause de cette réouverture me parut être un petit calcul vésical développé au niveau de l'ancienne fistule. Cette fois-ci la guérison de la fistule ne fut obtenue qu'après deux tentatives.

J'ai opéré 24 fois une femme qui continue à avoir sa fistule. Toutefois, cette fistule a des dimensions plus petites. Cette fistule s'était montrée après le septième accouchement. L'accouchement s'était fait lentement. Le médecin avait cru utile d'appliquer le forceps. Le résultat de cette application fut la destruction d'une partie du vagin et du segment inférieur de l'utérus. Je n'ai jamais vu de fistule si grande. J'ai fermé le vagin. J'ai pu rétrécir suffisamment la région pour donner une vessie à la malade. Il s'est fait un certain nombre de calculs. Je n'ai réussi qu'une seule fois à lui fermer la vessie. Mais elle eut alors de telles douleurs rénales (d'origine calculeuse) que je dus ouvrir la vessie dans un autre point. Cela témoigne de la prédisposition des reins aux calculs, dans certains cas, et il faut y penser.

Je crois donc, en somme, que l'on peut donner quelques préceptes généraux, mais rien d'absolu dans le traitement des fistules vésico-vaginales.

M. Routier a dit vrai en faisant observer que l'on voyait aujourd'hui moins de fistules qu'autrefois. Il est vrai que j'en ai vu un très grand nombre à Vienne. Mais à Vienne une grande partie des femmes enceintes accouchent sans aucun secours, et l'accouchement se fait lentement. Il se produit alors presque toujours une fistule vésico-vaginale.

A Paris, on paraît accoucher dans de meilleures conditions, et nous y voyons certainement moins de fistules. Il est vrai aussi que tout le monde sait les opérer. De là une cause possible de leur moindre fréquence pour chacun de nous.

M. Berger. — Pour employer le procédé de M. Ricard, il faut des cas exceptionnels. Tous les miens présentèrent des adhérences nombreuses avec du tissu de cicatrice et n'auraient pu profiter de l'abaissement. Aussi je persiste à donner la préférence au procédé que j'ai suivi avec la dilatation de Bozeman.

M. Quénu. — Seulement quelques courtes réflexions : Je suis de l'avis de M. Ricard quand il conseille d'abaisser d'abord la fistule. J'ai fait huit ou dix opérations de ce genre. J'ai toujours dédoublé la cloison vésico-vaginale. Seulement, à l'inverse de M. Ricard, je suture la paroi vésicale, mais sans passer mes fils à travers la muqueuse ; j'adosse ensuite les lèvres vaginales. Je ne crois pas à l'importance du choix des fils. Je prends toujours du catgut.

Il y a évidemment des cas difficiles, surtout quand la fistule siège haut. C'est pour ces cas qu'on emploie le procédé de Jobert ou le glissement, mais ce glissement est, la plupart du temps, difficile à obtenir, à cause du tissu de cicatrice.

En 1889, j'ai employé dans ces cas l'avivement du col de l'utérus et fait une section de la lèvre antérieure de ce col. Le lambeau ainsi détaché a servi à boucher la fistule. Ce petit procédé a été certainement signalé déjà par les gynécologistes. Je n'en parle que parce que qu'il m'a donné un succès.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 11 mars 1897.

Petit : **Traitement de l'anus vulvaire congénital.** — M. Petit présente une petite malade de 10 ans qu'il a opérée d'un

anus vulvaire congénital : Développement normal des os iliaques et du sacrum, mais absence de coccyx. L'anus s'ouvrait un peu au-dessus de la fourchette par un orifice ovalaire, limité en haut et sur les côtés par un hymen en croissant. Il admettait la phalange de l'index, et conduisait à une ampoule qui s'incurvait légèrement vers le bas avant de se continuer en haut à plein canal avec le rectum. L'enfant n'arrivait qu'imparfaitement à retenir les matières fécales.

M. Petit pratiqua le procédé de transposition du périnée de Rizzoli. Incision du périnée depuis la fourchette jusqu'à un point situé au delà de l'emplacement normal de l'anus, séparation par dissection du rectum et du vagin, fixation de l'orifice anal à l'angle postérieur de la plaie, suture de la peau à la muqueuse, fermeture du périnée. Suites opératoires parfaites, réunion par première intention. Actuellement la petite malade n'a plus d'incontinence des matières fécales. L'auteur discute les différents procédés qui ont été préconisés pour remédier à cette grave infirmité et défend le procédé de Rizzoli.

M. Coville : **Monstre symélien.** — Le monstre présentait les particularités suivantes : Les membres inférieurs sont réunis dans l'étendue de 10 c. 1/2 par un pont musculo-membraneux. Les membres inférieurs présentent par rapport au corps une direction absolument normale. Il y a absence complète d'anus, dont l'emplacement est occupé par un appendice cutané, présentant à sa base un petit pertuis qui admet l'extrémité du stylet.

Pas d'organes génitaux externes, représentés seulement par un petit tubercule sous-pubien de la grosseur d'un petit pois. Les malformations organiques portent sur le gros intestin et les organes génito-urinaires. Le côlon transverse, le côlon descendant, le rectum manquent absolument. Le cæcum et le côlon ascendant considérablement distendus par le méconium existent. Il n'y a point de vessie, pas d'ouraque, pas d'uretère, mais les reins sont normaux d'aspect et de dimensions.

Les ovaires et les trompes sont normaux, mais l'utérus est bifurqué ; il est représenté par deux cornes dirigées en bas et en dehors, à l'extrémité desquelles viennent prendre insertion les trompes et les ligaments ronds. Il n'y a pas trace de vagin.

M. Maygrier fait observer que, malgré l'absence de vessie, on n'observait aucune anomalie du côté du placenta.

M. Lutaud : **Appendicite et annexite.** — Le diagnostic différentiel de l'appendicite et de l'annexite droite présente souvent de réelles difficultés. Il est possible de confondre les suppuration d'origine cæcale avec les suppurations péri-utérines d'origine génitale. L'auteur rapporte trois cas dans lesquels des suppurations d'origine péri-cæcales ont été confondues avec des pyo-salpinx. Ces faits lui paraissent de nature à appeler l'attention des gynécologues. Il y a quelques années le pyo-salpinx avait remplacé toutes les autres variétés d'inflammations pelviennes, aujourd'hui l'appendicite accapare l'attention des médecins. Il est probable que si les trois cas rapportés avaient été observés en 1896, l'auteur aurait évité l'erreur de diagnostic, qui, heureusement pour les malades, n'a eu aucune conséquence grave.

Discussion. — Budin fait observer qu'il y a des caractères différentiels permettant d'éviter les causes d'erreur : Le siège de la tumeur n'est pas le même,celui de la douleur non plus. En cas d'appendicite, on ne trouve rien dans le cul-de-sac vaginal, la tumeur n'est pas au contact de l'utérus, on peut percevoir les annexes qui ne sont pas augmentées de volume. — Doléris. Le phlegmon intestinal est élevé, les annexes enflammées tendent à descendre vers le fond du bassin. L'annexite est précédée d'une inflammation puerpérale ou gonococcique. Dans la pratique, l'erreur de diagnostic que signale M. Lutaud ne doit pas être souvent commise.

REVUE DES PÉRIODIQUES RUSSES (1)

Journal d'accouchements et de gynécologie de St-Pétersbourg
(2e semestre 1896).

Opération pour prolapsus utérin, par Abrajanov.

Le Dr Abrajanov propose le procédé opératoire suivant pour les prolapsus utérin et vaginal. A la hauteur de la portion vaginale de l'utérus, dans sa paroi, antérieure on taille un lambeau de trois centimètres de largeur dans la direction horizontale, ses

---

(1) Voir *Annales de gynécologie,* mars 1897, p. 254.

bords sont distants d'un centimètre des parois latérales et sont plus haut que le milieu.

Après la préparation de ce lambeau constitué de la muqueuse et d'une partie de la sous-muqueuse, il est enlevé et il reste une surface ensanglantée.

A la même hauteur, on prépare une surface pareille sur la paroi postérieure.

On taille des lambeaux pareils dans les parois latérales, leurs bords doivent dépasser les parois antérieure et postérieure et être plus haut que le milieu. Ensuite avec un fil de soie on passe avec une aiguille, enfoncée une seule fois sous toute la longueur de la surface ensanglantée. Sous chaque surface on passe trois de ces sutures.

On les serre d'abord sur les parois antérieures et postérieures et ensuite sur les parois latérales,

De cette façon on obtient deux anneaux incomplets de fermeture, formés en haut par quatre planchettes (rayons) de 3 centim. de largeur, dont la masse s'est formée du contact des plis de la surface ensanglantée. Comme les extrémités de ces derniers se trouvent plus haut que le milieu, la partie de la planchette la plus proche de l'axe du vagin est située plus haut que la partie qui passe sans intermédiaire dans la paroi vaginale.

Par ce procédé on raccourcit également le vagin dans sa longueur.

Après avoir noué les sutures, l'opération est finie. Les bouts de soie sont sortis par l'étroite fente médiane et sont enlevés à la fin de la troisième semaine.

Sarcome des ovaires, par MYKERTCHIANTZ.

Le Dr Mykertchiantz a fait une communication des deux cas de sarcome des ovaires qu'il avait opérés.

Le premier de ces cas est une femme de 26 ans, toujours mal réglée. Huit mois avant son entrée à l'hôpital, s'est aperçue pour la première fois de l'existence dans le bas-ventre de deux petites tumeurs, dont chacune était grosse comme un œuf de poule. La mère de la malade a été opérée à l'âge de 37 ans d'un polype fibreux de l'utérus.

L'abdomen tendu, augmenté de volume, 90 centim. de circonférence au niveau de l'ombilic. On sent dans le côté gauche une

tumeur ovale et dans le côté droit une tumeur arrondie, toutes les deux solides, inégales et peu mobiles.

Ascite. Pendant son séjour à l'hôpital l'ascite commença à augmenter, en provoquant des accès d'étouffements, surtout le soir, accompagnés de douleurs de ventre. La température oscillait entre 36°,8 et 38°,3.

A l'ouverture du ventre, le péritoine est apparu épaissi et chroniquement enflammé.

La tumeur de l'ovaire gauche était de la grosseur d'une tête d'un adulte, à pédicule court et large.

Celle de l'ovaire droit de la même dimension, mais sans pédicule et adhérente aux parties voisines.

Après l'opération, la malade se sentait bien ; rien de particulier jusqu'au 9 octobre, quand elle a commencé à se plaindre de douleurs dans l'aine droite, et l'on y constata une légère matité.

A partir de ce moment, les douleurs tantôt diminuaient, tantôt s'exaspéraient, ainsi que le météorisme ; enfin celui-là est devenu permanent, les vomissements fécaloïdes ont apparu.

Comme tous les moyens employés n'ont eu aucun succès, on a dû procéder à la seconde laparotomie.

Encore cette fois-ci beaucoup de liquide ascitique s'est écoulé. L'auteur a pu constater par la palpation de très nombreuses et très solides adhérences aussi bien entre les anses intestinales qu'entre l'intestin et la paroi abdominale, la vessie, etc.

En outre, des petites saillies, grosses comme des lentilles, étaient disséminées partout dans toute la cavité abdominale et particulièrement à la surface des intestins. Elles s'élevaient tantôt sur la surface de la séreuse, tantôt elles apparaissaient sous elle par transparence comme des taches blanchâtres.

Les intestins ont été libérés, mais il a été impossible de détruire toutes les adhérences et n'étant pas sûr de la perméabilité des intestins, on a dû faire un anus contre nature.

La malade est morte le lendemain soir.

On n'a pu faire que l'examen du petit bassin : outre les points sarcomateux mentionnés, deux glandes lymphatiques étaient dégénérées en sarcome.

2e *Observation.* — Malade, âgée de 28 ans. Quatre mois avant son entrée à l'hôpital s'est aperçue que son ventre augmentait de volume et en même temps elle sentait deux petites tumeurs,

ensuite l'œdème de la jambe gauche est apparu et plus tard l'œdème des deux lèvres.

A son entrée, tuméfaction de la glande parotide, œdème des téguments de la lèvre droite, du mont de Vénus et de l'abdomen. Ankylose de l'articulation coxo-fémorale. Rate augmentée de volume. Ascite.

Par la palpation, on sent une tumeur solide, légèrement inégale remontant au-dessus de l'ombilic ; par le vagin, on sent deux tumeurs, une plus grande dans le cul-de-sac gauche et l'autre plus petite dans le cul-de-sac droit, solides, peu mobiles, accolées en arrière l'une contre l'autre.

Laparotomie. — Peu de liquide ascitique. Péritoine sain. La tumeur de l'ovaire gauche ovale, d'une grosseur d'une tête d'enfant, solide, légèrement inégale, d'une couleur de viande blanchâtre présentant des points sanguins, groupés dans certains endroits. A la section, des foyers d'une grandeur de cerise, à contenu colloïde. Points sanguins à la périphérie seulement. La plus petite tumeur, comme un œuf d'oie, ovale, même nature, pas d'amas colloïde. L'examen microscopique des deux tumeurs a démontré la structure propre au sarcome à cellules fusiformes.

La malade est sortie de l'hôpital guérie.

Un cas d'opération césarienne par suite d'une tumeur du petit bassin, par RAKAEF.

La malade, âgée de 35 ans. IV pare.

La cuisse droite dans son tiers supérieur et la fesse de même sont considérablement plus grandes que du côté gauche, la circonférence de la cuisse est de 77 centim., celle de la cuisse gauche à la même hauteur, 32 centim. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale très limités. A la palpation, c'est une tumeur solide, presque osseuse, immobile, embrassant la partie supérieure de la cuisse et passant sur les os du bassin. Diagnostic : sarcome ; par suite du développement assez rapide, 3 centim. et demi et du volume de la tumeur, césarienne.

Guérison, le 12e jour malade sortie de l'hôpital.

Dr RECHTSAMER.

TRAVAUX DU *Wratch*.

Les injections intra-utérines comme moyen de traitement des états inflammatoires de l'utérus, de ses annexes et du péritoine pelvien, par le professeur J.-N. GRAMMATIKATI (1).

De nombreuses observations faites à la clinique obstétrico-gynécologique de Tomsk établissent l'heureuse influence des injections médicamenteuses intra-utérines sur la marche de diverses affections aiguës et chroniques des organes génitaux. Ce mode de traitement a d'abord été appliqué à une série de cas aigus, déjà publiés antérieurement (2); la métrite blennorrhagique aiguë, compliquée de péritonite pelvienne, s'éteint en quelques semaines sans laisser d'exsudat péri-utérin, la fièvre disparaît dès les premiers jours du traitement; — c'est dans cette affection que la méthode préconisée donne les plus beaux résultats.

Dans les métrites chroniques, les inflammations subaiguës ou chroniques des annexes, du tissu cellulaire et du péritoine pelviens, l'effet résolutif, la résorption des exsudats, la sédation des phénomènes douloureux sont constatés, et lorsque l'existence du pus oblige à recourir à une intervention opératoire elle est faite dans de meilleures conditions, le mal s'étant limité. Voici la technique fort simple des injections intra-utérines : l'auteur se sert d'une solution d'alumnol dans la teinture d'iode (alumnol : 2 gr. 50, teinture d'iode : 25 gr., alcool à 90° : 25 gr.), dont il injecte de un à deux grammes à l'aide de la canule de Braun.

Si le canal cervical n'admet pas librement la canule, on le dilate à l'aide de bougies d'Hegar. Un gramme de solution suffit lorsque les annexes peu altérées permettent de supposer que l'embouchure des trompes est perméable; on injecte jusqu'à deux grammes quand il y a de la périmétrite exsudative, ou une collection dans la trompe. L'injection est répétée tous les jours, de manière à arrêter les règles, ce qui arrive au bout de 15 à 20 injections; on continue jusqu'à 40 injections, qui sont en général suffisantes; l'aménorrhée persiste en général durant deux et même trois mois. Sur 3,000 injections faites à la Clinique on n'a jamais noté d'accidents quelconques; la douleur est peu vive et

(1) *Wratch*, n° 29, 1896.

(2) LEBEDEFF. Nouvelles de l'Université de Tomsk, 1895.

passagère, se calmant par un repos d'un quart d'heure à une demi-heure, ce qui permet d'appliquer le traitement aux malades externes.

Un cas d'arrachement du vagin pendant le travail, par F.-J. FOTCHA (1).

Femme de 35 ans, neuvième accouchement à terme; le travail s'annonce normalement, la poche des eaux se rompt au bout de huit heures, mais le travail s'arrête bientôt après définitivement et aucune intervention n'a lieu jusqu'à l'entrée de la paturiente à l'hôpital de Kherson, trente-deux heures plus tard. Le fœtus, mort et déjà macéré, est extrait sans aucune peine, la tête et les pieds étant dans le vagin, le tronc apparemment dans la cavité abdominale.

L'examen local, fort difficile à cause des symptômes de péritonite et des douleurs abdominales, fait reconnaître l'existence d'une déchirure du cul-de-sac vaginal gauche et antérieur; la malade succombe trois jours plus tard et on trouve à l'autopsie le vagin arraché dans les deux tiers de son étendue, ne tenant plus à l'utérus que par le cul-de-sac postérieur et la moitié du cul-de-sac droit; l'utérus ne présente rien d'anormal. L'arrachement du vagin est extrêmement rare. Garguenberg (de Moscou) n'a pu en réunir que 39 cas dans la littérature jusqu'en 1875; Garine en a réuni 15 autres de 1875 à 1890.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Amann. *Kurzgefasstes Lehrbuch d. mikoskopics-gynäkologischen Diagnostik*. Wiesbaden, 1896. — **Armstrong**. The Latent Gout of the menopause. *The Bristish med. J.*, février 1897, p. 469. — **Bauer**. *E. Fall von localem traumatischen Emphysem nach Laparotomie.* Tubingen, 1896. — **Bouchet**. *Recherches bactériologiques sur quelques cas d'affections utérines.* Th. Paris, 1897. — **Burrage**. Congenital absence of uterus and vagina. *The American Journal of medical Scien.* Philadelphia, mars 1897, vol. CXIII, p. 310. — **Carl Beck**. Description of specimen taken from a hermaphrodite. *Medical Record New-York*, 20 février 1897, p, 260. — **Claisse (A.)**. Die Masseninjectionen von

---

(1) *Wratch*, 1896, n° 35.

Salzlösungen bei Hœmorrhagien und Infectionen. *Wiener Mediz. Presse*, 1897, nº 1, p. 3. — **Cortiguera (J.)**. Anomalias del utero. *Anales Obst. Ginec. y Pediatria*, mars 1897, p. 65. — **Croom Halliday**. On some peculiar relation of abdominal and pelvic tumours. *The Edinb. med. J.*, janvier 1897, p. 11. — **Ely von de Warker**. Gynecological aspects of neurasthenia. *Annals of Gyn. a. Pædiat.*, janvier 1897, nº 4, p. 195. — **Fraenkel**. *Tagesfragen der operativen Gynäkologie. Beobactungen u. Ergebnisse der operativen Thätigkeit in den J. 1893-1896*. Vienne, 1896. — **Fish**. Shall we leave the uterus *in situ* in excision of the adnexa. *Am. J. of Obst.*, janvier 1897, p. 86. — **Grusdew**. Zur Histologie der Fallopian' schen Tuben. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 10, p. 257. — **Hamonic**. Les vomissements réflexes dans les affections des organes génito-urinaires. *Rev. clinique d'andrologie et de gynéc.*, février 1897, p. 38. — **Hobbs**. Résumé of the gynecological work done at the London asylum. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, mars 1897, p. 396. — **Lackie J. Lamond**. Retention of menstrual fluid in one half of a double uterus. *Edinb. med. J.*, mars 1897, p. 274. — **Lewers**. Case of double uterus with double hæmatometra and complete absence of the vagina. *Transactions of the obstetrical Society of London*, octobre, novembre, décembre 1896, p. 327. — **Macnaughton-Jones (A.)**. Gynæcology in Berlin. *British med. J.*, février 1897, p. 536. — **Raake**. *Beitrag. z. Lehre vom Hermaphroditismus spurius masculinus uterinus*. Wurzbourg, 1896. — **Robinson (Byron)**. Observations upon the absorption of fluids by the peritoneum. *Annals of Surgery*, 1897, I, 332. — **Schaeffer**. Zur Frage der Catgutsterilisation. *Berl. klin. Wochensch.*, 1897, nº 2, p. 27. — **Schultze**. *Grundris der Entwichlungsgeschichte des Menschen u. der Säugethiere f. Studirende u. Aertze*. Leipzig, 1896. — **Thomas**. Étude sur la sténose du pylore par adhérences péritonéales. *Rev. méd. de la Suisse romande* 1897, p. 1. — **Touton**. Ueber Provokation latenter Gonokokken. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 2, p. 41. — **Towensend**. A case of precocious maturity. *The Boston Med. a. Surg. J.*, mars 1897, p. 231. — **Walton**. A propos de la communication de M. Keiffer sur l'anatomie comparée de l'utérus. *Bullet. Soc. belge de gyn. et d'obst.*, janvier 1897, p. 5. — **Winter**. *Lehrbuch d. gynäkologischen Diagnostik*. Leipzig, 1896.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Bonnetblanc**. *Indications du curettage*. Th. de Paris, 1896-1897, nº 114. — **Chassevane**. L'opothérapie. *Revue de thérapeutique méd. chirurgicale*, janvier 1897, p. 1. — **Courtin**. Nouveau modèle de fixateur en caoutchouc pour maintenir dans l'utérus les tiges de toutes sortes. *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, mars 1897, p. 138. — **Johann Kalabin**. Zur Frage über die Behandlung des Krebses mit Chelidonio majore. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 11, p. 292. — **Latis**. La tiroïde in ginecologia. *Annali di Ost. e Ginec.* février, 1897, p. 167. — **Macnaughton (Jones)**. Self retaining glass retractors. *Transactions of the obstetrical Society of London*, octobre-novembre-décembre 1896, p. 345. — **Marchesi**. Methodi di dilatazione artificiale del collo. *Riforma medica*, 29 décembre 1896. — **Sauhmann**. Un spéculum nouveau. *Bullet. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1897, nº 2, p. 38.

VULVE ET VAGIN. — **Ferraresi**. I setti traversali della vagina. *Annali. di ost. e ginec.*, février 1897, p. 131. — **Finger**. *Die Blennor-*

rhöe d. Sexualorgane u. ihre Complicationen. Vienne, 1896. — **Latouche.** Absence congénitale du vagin. *Archives provinciales de chirurgie*, avril 1897. — **Marfan.** Causes et symptômes de la vulvo-vaginite blennorrhagique des petites filles. *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurgie*, 1897, n° 21, p. 241. — **Pichevin** et **A. Petit.** Sur le kraurosis vulvœ. *La Semaine gynécologique*, 1897, n° 7, p. 49. —**Roberts.** Notes of primary epithelioma of vagina. *Transactions of the obstetrical Society of London*, octobre-novembre-décembre 1896, p. 381. — **Schwarzo.** Ein neuer Scheidenhalter bei vaginalen Operationen. *Cent. f. Gyn.*, janvier 1897, n° 3, p. 80. — **Sinclair.** On vaginismus. *The medical Chronicle*, Manchester, décembre 1896, t. VI, p. 161. — **Wilson.** Atresia of the vagina. *Med. Record*, février 1897, p. 231. — **Winternitz.** *Fremdkörper in der Scheide u. über Scheidenpessarien.* Tubingen, 1896.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Argenta (de)** Des vomissements dits incoercibles de la grossesse comme cause de prolapsus génitaux. *La Gynécologie*, février 1897, p. 59. — **Ballantyne** et **Thomson.** Congénital prolapsus uteri with two illustrative cases. *Am. J, of. Obst.*, février 1897, p. 161. — **Cortiguera (J.).** Inversio del utero. *Anales obst. gynecol. y. pediat.*, janvier 1897, p. 5. — **Delbet.** Colpocystopexie et nouveau procédé de colpopérinéorrhaphie. *Gaz. des hôpitaux*, janvier 1897, p. 63. — **Edebohls.** Shortening the Round ligaments : Indications, technics and results. *The Am. gyn. a. obst. J.*, décembre 1896, p. 671. — **Elischer.** Zur operation des retroflektirten uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 10, p. 265. — **Funke.** Zur totalen Uterusextirpation per Laparotomiam speciell zur Beurtheilung der Stellung der Operation zur Myomotomie. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1877, t. XXXVI, p. 133. — **Küstner.** Die operative Behandlung der Retroversio flexio uteri. *Samml. klinisch. Vorträge*, décembre 1896. — **Laurent.** A propos de la communication du Dr Henrotay sur un cas d'inversion utérine. *Bull. Soc. belge de gyn. et d'obst.*, janvier 1897, p. 3. — **Levy.** Procédés opératoires contre l'antéflexion utérine. *Semaine gynéc.*, 16 mars 1897. — **Lowell.** Ventro-suspension of the uterus. *The Boston Med. a. Surg. J.*, février 1897, p. 149. — **Otto Küstner.** Die operative Behandlung d. retroflexio uteri. *Sammlung klin. Vortrage.* Leipzig, 1897. — **Pouey.** Traitement de l'inversion utérine chronique par la traction élastique prolongée du col combinée à la propulsion du fond de l'utérus. *La Gynécologie*, février 1897, p. 45. — **Simoes.** *Des rétrodéviations mobiles; de leur traitement par l'opération d'Alquié-Alexander.* Th. Paris, 1897. — **Sperlin.** Retroflexio Colli mittels Kolpo-Cœliotomia posterior. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 7, p. 180. — **Thomas Jonnesco.** Ein neues Verfahren in der Behandlung der Retrodeviatio uteri (Retroflexio und Retroversio). *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 11, p. 294.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS. — **Bacon.** A basis for the diagnosis of the so-called inflammatory diseases of the uterus. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, janvier 1897, p. 12. — **Bellini.** *Contribution à l'étude des rapports de la môle hydatiforme et du déciduome malin*, Th. de Paris, 1896-1897, n° 90. — **Binkley.** The prognosis of inflammatory conditions of the uterus, endometritis and metritis. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, janvier 1897, p. 25. — **Dudley.** Classification of inflammation of the uterus and its relation to circum uterine inflammation. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, jan-

vier 1896, p. 1. — **Hunter Robb.** Microscopical examination of uterine scrapings. *The Am. J. of med. Sc.*, janvier 1897, p. 60. — **Latour (Auguste).** *De la métrite hémorrhagique fongueuse chez la vierge et de son traitement par le curettage.* Th. de Lyon, 1896, série 1, nº 1221. — **Pichevin** et **Petit**. Lésions valvulaires de l'utérus, métrorrhagies. *La Semaine gynécologique*, Paris, 15 décembre 1896, p. 361. — **Turgard**. Allongement hypertrophique du col de l'utérus ; son traitement. *Annales de la policlinique de Lille*, 1897, nº 1, p. 14, 39. — **Watkins.** Treatment of endometritis. *The Am. gyn. a. obst. J.*, janvier 1897, p. 27.

TUMEURS UTÉRINES. HYSTÉRECTOMIE. — **Bäcker**. Ueber Aetiologie und Therapie des Gebarmütterkrebses. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LIII, Hft. I, p. 47. — **Baldy**. A method of preventing vaginal prolapse following abdominal hysterectomy. *Am. J. of Obst.*, janvier 1897, p. 81. — **Bergonié**. Sur un cas de fibrome utérin volumineux ayant considérablement diminué de volume à la suite d'un traitement par la faradisation. *Gaz. hebdm. des Sc. méd. de Bordeaux*, mars 1897, p. 139. — **Binaud**. Corps fibreux intra-utérin. Incision bilatérale du col ; ablation de la tumeur par morcellement. *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1897, nº 9, p. 99. — **Bossi**. Méthode d'hystérectomie vaginale. *Gynécologie*, février 1897, p. 54. — **Bossi**. Sulla tecnica dell' isterectomia vaginale. *Annali di Ost. e Gin.*, février 1897, p. 118. — **Burckhard**. 50 Fälle von vaginales Totalexstirpation des uterus nach des Doyen-Landau'schen Method. *Arch. f. Gyn.*, t. LIII, p. 382. — **Chalot**. La transplantation systématique des deux uretères et la ligature préventive des deux artères iliaques internes pour extirpation large du cancer diffus de l'utérus par l'abdomen. *Archives de gyn. et d'obst.*, 1897, nº 9 à 12, p. 785. — **Cristopher Martin**. Hæmato-metra a. hæmatosalpinx due to atresia of the vagina ; abdominal hysterectomy with suture of the uterine Stump to the abdominal Wall. *The British gyn. J.*, février 1897, p. 462. — **Damas (Eugène)**. *Essai expérimental et clinique sur les complications infectieuses des fibromyômes utérins.* Th. de Lyon, 1896, 1re série, nº 1117. — **Döderlein**. Zur Technik d. vaginalen Totalexstirpation, Klammern oder Ligatur ? *Cent. f. Gyn.*, janvier 1897, nº 3, p. 74. — **Dorff**. Présentation de pièces anatomiques de différents fibromes. *Soc. belg. gyn. et d'obst.*, janvier 1897, p. 5. — **Duncan**. Five specimens of fibroid tumour of the uterus removed by the intraperitoneal method. *Transactions of the obstetrical Society of London*, octobre, novembre, décembre 1896, p. 345. — **Edge**. Fibromyomatous uterus removed by Doyen's method of panhysterectomy. *British med. J.*, février 1897, p. 498, 526. — **Elder**. Remarks suggested by four recent hysterectomies (malignant disease of uterine body ; uterine fribroid ; intra-ligamentous fibroid Tumour.) *British med. J.*, février 1897, p. 487. — **Ely Van de Warker**. Rare complications in two cases of hysterectomy. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, décembre 1896, p. 738. — **Fraisse**. Hystérectomie vaginale appliqué au traitement des lésions inflammatoires de l'utérus et de ses annexes. *Rev. clinique d'androl. et de gyn*, 1897, nº 3, p. 80. — **Gannat**. *De l'hystérotomie médiane vaginale comme moyen d'extirpation des fibromes sous-muqueux de l'utérus et d'exploration de la cavité utérine.* Th. Paris, 1997. — **Gemmell**. A case of adenoma uteri malignum. *The medical chronicle* ; Manchester, février 1827, t. VI, p. 343-345. — **Goelet (A.)** Improved technique of vaginal

ligation of the uterine arteries for uterine fibromata. Indications for the operation. *Med. Record*, mars 1897, p. 338. — **Jacobs**. Contribution au traitement chirurgical du fibrôme utérin. *Bullet. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1897, n° 2, p. 32. — **Johnson**. Treatment of cancer of the uterus. *The Boston Medical and Surgical Journal*, 31 décembre 1896, p. 671. — **Keeleng**. Porro's operation. *The Lancet*, Londres, 27 février 1897, p. 594. — **Landau (L.)** et **Landau (T.)**. *Die vaginale Radicaloperatio*. Berlin, 1896. — **Lange**. Ueber die Diagnose u. Therapie d. Carcinoma uterï. *Sammlung zwangloser Abhandlungen aus d. Gebiete d. Frauenkeilh. a. Geburtsh.* Halle, 1896. — **Lapthorn Smith**. Rapid decrease in the sise of a fibroid tumor of the uterus following its treatment by electricity. *Am. J. of Obst.*, février 1897, n° 271. — **Lawson Tait**. The modern treatment of myomatous disease of the uterus. *British med. Journal*, 27 mars 1897, p. 779. — **Monod** et **Chabry**. Note sur un cas de déciduome malin. *Revue de gyn. et de chirurgie abdominale*, 1797, n° 1, p. 59. — **Otto Küstner**. Ueber Indikationen u. Kontraindikationen d. Myomotomie. *Samml. klin. Vorträge*, Leipzig 1896. — **Pauchet**. Hystérectomie vaginale et laparotomie pour lésions des annexes de l'utérus. *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurg.*, 1897, n° 14, p. 157. — **Palm**. Ein Fall von Cystadenofibroma Cervicis; casuistischer Beitrag zu den Adenomyomen. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LIII, Hft 1, p. 92. — **Pfeiffer**. Abdominal hysterectomy complicated with double ovariotomy ; recovery. *The Boston med. a. Surg. J.*, février 1897, p. 131. — **Pujol**. Fibro-myômes et conception. *Arch. de gyn. et d'obst.*, 1897, n° 9 à 12, p. 720. — **Purcell**. On fibromyoma removed by pan-hysterectomy. *British med. J.*, février 1897, p. 479. — **Quillian**. Supra-pubic operations for fibroid with report of cases. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, mars 1897, p. 360. — **Reinicke**. Zur Frage des Sarcoma deciduocellulare. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LIII, Hft. 1, p. 105. — **Routh**. Entirely detached uterine fibroïd. *Transactions of the obstetrical Society of London*, octobre, novembre, décembre 1896, p. 388. — **Sänger**. Ueber vaginale Klemmen-Hysterectomie. *Cent. f. Gyn.*, janvier 1897, n° 3, p. 65. — **Sebileau (P.)** Traitement des polypes de l'utérus. *Gaz. méd. de Paris*, janvier 1897, p. 13-43. — **Segond (P.)**. Le décubitus acutus, complications possibles de l'hystérectomie vaginale. *Revue de gyn. et de chirurgie abdominale*, 1897, n° 1, p. 59. — **Spanton**. Papillate fibroma of cervix uteri. *British Gyn. J.*, février 1897, p. 468. — **Spencer**. Three cases of Porro's operation with intraperitoneal treatment of the stump. *Transactions of obstetrical Society of London*, octobre, novembre, décembre 1896, p. 387. — **Vitanza**. La estirpazione totale dell' utero per cancro. *Annali di Ost. e Gin.*, février 1897, p. 152.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES, DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — Audebert. Annexites et curettage. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, février 1897, p. 89. — **Battle**. An undescribed symptom in peritonitis. *The Lancet*, Londres, 27 mars 1897, p. 871. — **Biermer**. Zwei Fälle von Ovarialhernien. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 9, p. 233. — **Chicken**. Removal of the uterine appendages. *The Lancet*, Londres, 27 février 1897, p. 593. — **Delagénière**. Appendicite et pyosalpingite bilatérales ; résection de l'appendice et double salpingo-oophorectomie. *Arch. méd. d'Angers*, 1897, n° 3, p. 130. — **Delagénière**. De l'appendicite et des affections septiques des annexes. *Archives méd. d'Angers*, 1897, n° 3, p. 133. —

Daireaux (P.). *De l'intervention sacrée dans le traitement des collections purulentes du petit bassin.* Th. de Lyon, 1896, série 1, n° 1121. — **Duncan (W.).** A clinical lecture on pelvic inflammation in women. *The Lancet*, janvier 1897, p. 7. — **Duplay et Clado.** Traitement chirurgical des suppurations pelviennes aiguës. *Sem. gyn.*, 5 janvier 1897. — **Jacobs.** Quelques cas de collections tubaires enkystées de volume exceptionnel. *Soc. belge de gyn. et d'obst.*, janvier 1897, p. 10. — **Jaubert (A.).** *De la grossesse à la suite des interventions pour suppurations pelviennes.* Th. de Lyon 1896, série 1, n° 1219. — **Jocet.** *Des collections séreuses pelviennes.* Th. Paris, 1897. — **Law.** A case of acute septic general peritonitis with septic metritis treated by antistreptococcic serum ; recovery. *British med. J.*, janvier 1897, p. 11. — **Lerichez.** *De l'hématocèle para-vaginale; variétés de l'hématome extra-vaginal des auteurs.* Thèse de Paris, 1897. — **Robert Mayer.** Ueber Hämatosalpinx bei Verschlussen doppelter Genitalien. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXVI, Hft. 2, p. 310. — **Stoufs.** Hernie de l'ovaire en voie de suppuration chez une femme de 68 ans. Opération. Guérison. *Bullet. de la Soc. de gyn. et d'obst.*, 1897, n° 2, p. 29. — **Tate.** Tubo-ovarian abscess. *Transactions of the obstetrical Society of London*, oct., nov., déc., 1896, p. 319. — **Vos (de).** Abcès de l'ovaire. *Arch. de gyn. et d'obst.*, 1896, nos 9 à 12; p. 691.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, OVARIOTOMIE. — **Alban Doran.** The removal of suppurating pelvic tumours illustrated by two cases. *The Lancet*, janvier 1897, p. 231. — **Alban Doran.** Unreported case of primary cancer of the Falloppian tubes in 1847. *Transactions of the obstetrical Society of London*, oct., nov., déc. 1896, p. 322. — **Arthur Gage.** Ruptured ovarian cyst. ; operation, recovery. *The Boston Med. a. Surg. J.*, janvier 1897, p. 59. — **Baader.** *E. Fall v. Carcinom des Ovarium in jugendlichen Alter.* Tubingen, 1896. — **Binaud et Bégouin.** Tumeur gazeuse de l'abdomen développée dans une poche de kyste ovarique. *La Semaine gynécologique*, 1897, n° 6, p. 41. — **Blaidsell.** Removal of the ovaries in insanity. *Medical Record*, New-York, 20 février 1897, p. 260. — **Bonemant.** Fibromes de l'ovaire. *Bulletins de la Soc. belge de gynécologee et d'obstétrique*, 1896, p. 169. — **Boseman (N.).** A case of ovarian cyst without attachments in the pelvis. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, janvier 1897, p. 44. — **Boursier.** Considérations sur la rupture intra-péritonéale des kystes colloïdes de l'ovaire. A propos d'un cas de rupture avec ascite gélatineuse. Guérison. *Gazette hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, février 1897, p. 63, 76, 88. — **Butler-Smythe.** Removal of a rapidly growing ovarian cyst which had Burrowed between the uterus and the bladder in a patient who had been recently confined, and on whom ovariotomy had been performed eighteen months previously. *The Lancet*, janvier 1896, p. 100. — **Coplin Stinson.** Removal of a tubo-ovarian abscess (left) and an ovarian cyst and tube (right) by enucleation without ligature, clamp or cautery. *Med. Record*, février 1897, p. 230. — **Defontaine.** Kystes de l'ovaire, ovariotomie, etc. *Le Centre méd.*, mars 1897, p. 163. — **Eckardt.** Ein Fall von primären Tubencarcinom. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LIII, Hft. 1, p. 183. — **Gottschalk.** Ueber die Castrationsatrophie der Gebärmutter. *Arch. f. Gyn.*, t. LIII, p. 309. — **Grütter.** *E. Fall v. Darmstenose nach Kastration.* Tubingen, 1896. — **Harrison Crips.** Ovarian cysts communicating with the rectum. *British med. J.*, janvier 1897, p. 6. — **Henderson.** A note on the occurrence of metrorrhagia

after the menopause in cases of ovarian tumour. *The Lancet*, janvier 1897, p. 170. — **Jacobs.** Deux cas de tumeur du pavillon. *Bullet. de la Société belge de gynécol. et d'obstét.*, 1897, nº 2, p. 31. — **Kappeler.** *Neue Beispiele f. bis jetz als selten betractete Befunde in Teratomen des Ovariums.* Tubingen, 1896. — **Kisseloff.** *Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire.* Th. de Paris, 1896-1897. — **Kratzenstein.** Die Dauerer-folge der Ovariotomie bei malignen Ovarialtumoren. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, t. 36, p. 61. — **Lewers (A.).** A note on the occurrence of metrorrhagia after the menopause in cases of ovarian tumour. *The Lancet*, janvier 1897, p. 23. — **Marchesi.** Contributo allo studio della rotazione assiale dei tumori ovari. *Annali di Ost. e Gin.*, février 1897, p. 105. — **Meriwether.** A large ovarian cyst-adenoma and a report of a case of ventrofixation done the second time *Am. J. of Obst.*, janvier 1897, p. 100. — **Merttens.** Beitragez Lebrevon den Dermoïd cysten des Ovarium mit besonderer Berüchsichtigung der Zahnentwickelung in denselben. *Zeitsch f Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXVI, Hft. 2, p. 287. — **Mouthon.** *De la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire.* Th. Paris, 1897. — **Péan.** Fibro-sarcome de la région ischio-pubienne remplissant le bassin ; ablation par la voie pubio-périnéo-vagino-sacrée à l'aide de notre méthode du morcellement. *Gaz. des hôpitaux*, 1897, nº 31, p. 304. — **Pozzi.** De la résection et de l'ignipuncture de l'ovaire. *Revue de gyn. et de chirurgie abdominale*, 1897, nº 1, p. 3. — **Raimondi.** *Les kystes des ligaments larges.* Th. de Paris, 1896-1897. — **Seymour.** Hernia of a sarcomatous ovary. *Med. News*, février 1897, p. 241. — **Stoufes.** Kyste volumineux de l'ovaire en dégénérescence colloïde, ovariotomie. Guérison. *Annales medic.-chirurg. du Hainaut*, janvier 1897, p. 9. — **Withrow.** Ovarian papillomata. *The Cincinnati Lancet clinic*, janvier 1897, p. 38.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Dakin.** Cast from uterus having all the characters of the decidual membranes found in connection with ectopic gestation. *Transactions of the obstetrical Society of London*, octobre, novembre, décembre 1896, p. 385. — **Hastings Gilford.** Two cases of ectopic gestation in which rupture of the sac took place in the third week; Abdominal section in one case ; recovery. *The Lancet*, février 1897, p. 516. — **Henrotay.** Du traitement de la grossesse extra-utérine· *Bullet. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1897, nº 2, p. 20. — **Lewers (A.).** A successful case of intravenous injection of salt solution after laparatomy in a case of ruptured tubal gestation. *The Lancet*, mars, 1897, p. 655. — **Lusk.** A case of tubal pregnancy simulating appendicitis. *Medical news*, Philadelphia, 26 décembre 1896, p. 722. — **Wyman.** Notes on a case of extra-uterine gestation; rupture of the sac, etc. *The Boston Med. a. Surg.*, février, 1897, p. 156.

ORGANES URINAIRES. — **Casper.** *Die diagnostische Bedeutung der Katheterismus der Ureteren.* Berlin, 1896. — **Escat**, Des cystites rebelles chez la femme. Etude clinique. Indications thérapeutiques. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1897, p. 136. — **Gersuny.** Eine Operation der Cystocele vaginali. *Cent. f. Gyn.* 1897, nº 7, p. 177. — **Hoareau.** *Du traitement des fistules vésico-vaginales par le procéd. dit de dédoublement.* Th. de Paris, 1896-1897, nº 203. — **Knappé** *Klinische Beobachtungen üb. die Wanderniere bei Frauen.* Berlin, 1896.

— **Le Dentu et Pichevin**. Deux examens histologiques d'uréthrocèle vaginale. *Sem. gynéc.*, 19 janvier, 1897. — **Macnaughton Jones**. Mixed-Cell sarcoma of the bladder. *The British gyn. J.*, février 1897, p. 467. — **Osborn Polak**. A case of bladder tuberculosis successfully treated by Kelly's method of direct medication. *Am. gyn. a. obst. J.*, janvier 1897, p. 41. — **Pichevin**. A propos de la fistule vésico-vaginale. *La semaine gynécologique*, 1897, nº 6, p. 42. — **Rose** Ein neues Verfahren bei der Frau den Urin beider Nieren gesondert aufzufangen. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 5, p. 121. — **Skene**. Notes on diagnosis and treatment of diseases of the female urinary organi. *The American Journal of Obstetrics*; New-York, mars 1897, p. 321. — **Wulff**. *Die Blasen-Scheiden Fisteln sowie die Incontinentia urinæ u. ihre Behandlung nach langjahr Beobacht.* Berlin, 1896.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Bothezat**. Un cas d'occlusion intestinale par bride. Laparotomie, guérison. *Bullet. de la Soc. des médecins et naturalistes de Jassy*, 1896, nº 4, p. 89. — **Charles P. Noble**. Remarks on the use of the buried permanent suture in abdominal surgery. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, décembre 1896, p. 756. — **Collins Warren**. Two cases of laparotomy for acute intussusception. *The Boston med. a. Surg.*, février 1897, p. 125. — **Defontaine**. Opérations pratiquées par la voie abdominale pour tumeurs et suppurations de l'utérus et des annexes. *Le Centre médical*, 1887, nº 8, p. 143. — **Gill Wylie**. Observations on abdominal surgery, with results of three year's hospital Work. *Med. Record*, février 1897, p. 219. — **Roux (J.-G.)**. *Contribution à l'étude des sutures de la paroi abdominale après laparotomie.* Th. de Lyon, 1895-1896, nº 1145. — **Willis Ford**. Gauze drainage in surgical gynecology. *Med. News*, février 1897, p. 270.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Collins**. *Die Schmerzlose Entbindung.* Leipzig, 1896. — **Corson**. Some clinical Jottings on five hundred cases of labor. *Am. J. of Obst.*, février 1897, p. 175. — **Cournol**. *Contribution à l'étude de la présentation de la face.* Th. de Paris, 1897. — **Davis**. Abnormal rotation of the occiput. *The Philadelphia Polyclinic.*, décembre 1896, p. 511. — **Embacher**. *Die Lange d. Dauer d. Geburt u. ihr Einfluss auf das kindliche Leben.* Königsberg, 1897. — **Guerrero**. *Étude statistique et clinique sur la durée et le pronostic du travail de l'accouchement dans les variétés postérieures de la présentation du sommet.* Th. Paris, 1896-97. — **Reynolds Wilson**. The Factors concerned in causing ultimate rotation in occipito-posterior positions. *Am. J. of Obst.*, février 1897, p. 255.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Bossi**. Sulla degenerazione grassa dell' utero durante la gravidanga. *Annali di ost. e ginec.*, 1896, p. 889. — **Eden**. On the structure of the placenta, and the changes which occurr in placenta retained in utero after the death of the fœtus. *Transactions of the obstetrical Society of London*, octobre, novembre et décembre 1896, p. 360. — **Hofmeier**. Beiträge zur Anatomie und Entwickelung der menschen Placenta. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, t. 35, p. 414. — **Hubrecht**. *Die Phylogenese des Amnions u. die Bedeutung des Trophoblastes.* Amsterdam, 1896. — **Klien**. Zur Messung des Beckenausgangs. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 5, p. 131. — **Köstlin**. Beiträge zur Frage des

Keimgehaltes der Frauenmilch und zur Ætiologie der **Mastitis**. *Arch. f. Gynæk.*, 8, p. 201. — **Lange**. *Ueber die Bildung d. Eier u. Graafschen Follikel bei der Maus.* Würzburg, 1896. — **Otto v. Herff.** Beitrag z. Lehre von der Placenta und von den mütterlichen Eihullen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXVI, Hft. 2, p. 199, 325. — **Pels Leusden.** Ueber die serotinalen Riesenzellen und ihre Beziehungen zur Regeneration der epithelialen Elemente des Uterus an der Placenta-stelle. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, t. 36, p. 1. — **Schatz.** Die Gefassverbindungen der Placentakreislaüfe einiger Zwillinge, ihre Entwickelung und ihre Folges. *Arch. f. Gyn.* Bd. LIII, Hft. 1, p. 144. — **Vignolo.** Alcune considerazioni istologiche sulla struttura delle membrane ovulari umane a termine di gravidanza. *Annali di Ost. e Gin.*, 1897, n° 1, p. 53. — **Wild.** Untersuchungen über den Hämoglobingehalt und die Anzahl der rothen und weissen Blutkörperchen bei Schwangeren und Wöchnerinnen. *Arch. Gyn.*, t. LIII, p. 863.

DYSTOCIE. — **Austin Cheney**. The management of tumors of the uterus and appendages complicating pregnancy with a report of two successful cases. *Am. J. of Obst.*, février 1897, p. 265. — **Grizioti.** Utero arcuato e presentazione podalica ripetuta. *Annali di Ost. e Gin.*, 1897, n° 1, p. 1. — **James F. W. Rots**. Cesarean section : obstruction of the pelvis by a large fibroid tumor ; previous induction of premature labor ; recovery. *Am. J. of Obst.*, février 1897, p. 261. — **John A. Lycett.** Dystocia from relative shortness of the funis. *British med. J.*, janvier 1897, p. 12. — **Klien.** Die geburtshüfliche Bedeutung der Verengerungen des Beckenausganges, insbesondere d. Trichterbeckens. *Samml. klin. Vorträge.* Leipzig, 1897. — **Norris.** The management of labor complicated by Ventrofixation. *Am. J. of Obst.*, janvier 1897, p. 91. — **Ozo.** *De l'oblitération du col chez les femmes enceintes.* Th. Paris, 1896-97. — **Pujol.** Un cas de grossesse dans un utérus fibromateux ; mort de la mère après expulsion spontanée à terme d'un enfant mort. *Arch. de gyn. et d'obst.*, 1897, n^os^ 9 à 12, p. 687. — **Schmarsow**. *Zwei Fälle ausgetragener Gravidität bei fibromatös degenerirten Uterus.* Königsberg, 1896. — **Spince.** A case of obstructed labour due to congenital disease of the Kidneys. *British med. J.*, mars 1897, p. 652. — **Strassmann.** Ueber die Geburt der Schultern und über den Schlüsselbeinschnitt. *Arch. f. Gyn.* Bd. LIII, Hft. 1, p. 135.

GROSSESSE. — **Gardner**. The diagnosis of early pregnancy. *Am. J. of Obst.*, janvier 1896, p. 54. — **Mills**. A case of superfœtation. *The Lancet*, mars 1897, p. 736.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Mark Gershun**. Ueber zwei Drillingsgeburten. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 52, p. 1330.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Bland Sutton**. An unusual case of tubal abortion. *The Lancet*, février 1897, p. 432. — **Henrotay**. Traitement de la grossesse extra-utérine. *Bulletin de la Soc. belge de gynéc. et d'obst.*, 1897, n° 2, p. 20. — **Webster**. *Die ektopische Schwangerschaft, ihre Aetiologie, Klassification, Embryologie, Symptomatologie, Diagnose u. Therapie*, Berlin, 1896. — **Remy**. Deux cas de grossesse tubaire observés chez la même femme. *Revue médic. de l'Est*, mars 1897, p. 144. — **Spanton**. Tubal gestation. *Bristish gyn. J.*, février 1897, p. 468.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Ballard**. A case of exencephalia. *The Am. gyn. a. obst. J.*, décembre 1896, p. 744. —

Boise. Operation for umbilical hernia on an infant seven hours old. *Am. J. of Obst.*, février 1897, p. 223. — **Cöhn**. *Ub. Verbreitung der Augeneiterung der Neugeborenen in Deutschland, Oesterreich-Ungarn, Holland u. in der Schweiz*, Berlin, 1896. — **Duloray**. Monstre paracéphalien et dystocie fœtale. *L'Actualité médicale*, mars 1897, p. 40. — **Fournier**. De l'allaitement artificiel des enfants syphilitiques. *Presse médicale*, 1897, p. 81. — **Hagelstein**. Un cas de pseudencéphale. *Revue méd. de l'Est*, 1896, n° 4, p. 105. — **Herff**. *Ueber das Dasen der Frucht vor der Geburt*, Leipzig, 1896. — **Hochsinger**. *Gegen die Anwendung d. karbolsaüre u. des Iodoform bei Neugeborenen*, Leipzig, 1896. — **Joachimsthal**. Ueber Verbindungen an extrauterin gelagerten Foeten. *Berlin. klin. Wochensch*, janvier 1887, p. 75. — **Kessick Bowes**. Congenital obliteration of œsophagus with other malformations. *British med. J.*, mars 1897, p. 586. — **Kessick Bowes**. Rare congenital malformations. *The Lancet*, février 1897, p. 519. — **Lannois**. Influence de la mort du fœtus sur l'albuminurie de la grossesse. *Lyon médical*, janvier 1897, p. 37. — **Lewis (H.)**. Iniencephalus. *Am. J. of Obst.*, 1897, p. 11. — **Macé**. *La rate du nouveau-né au point de vue clinique*, Th. de Paris, 1897. — **Meyer**. Einige Falle von intrauterinen Verletzung der Nabelschnur. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LIII. Hft. 1, p. 1. — **Philippo**. Monstrosity resulting from amniotic adhesion t. skull. *Transactions of the obstetrical Society of London*, octobre, novembre, décembre 1896, p. 388. — **Pollock**. Fœtus papyraceus. *Transactions of the obstetrical Society of London*, octobre, novembre, décembre 1896, p. 320. — **Schœffer**. Ueber Blutergüsse on den Wirbelkanal bei neugeborenen un deren Ursachen, *Arch. f. Gyn.*, t. LIII, p. 278. — **Schäffer**. Zur Lebre von den menschlichen Missbildungen. *Arch f. Gyn.*, Bd. LIII, Hft. 1, p. 15. — **Schawb**. La mort habituelle du fœtus. *Presse médicale*, Paris, 9 janvier 1897, p. 14. — **Stern**. Symmetrical malformation. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, mars 1897, p. 334. — **Stevens**. Case of completely cleft spine associated with an unusual visceral malformation in an anencephalic fœtus. *Transactions of the obstetrical Society of London*, octobre, novembre, décembre 1896, p. 346. — **Stone (G.)**. A case of intra-uterine hydrocephalus of unusual size ; evacuation of the fluid through the spinal canal, followed by easy delivery of the head. *Med. News*, mars 1897, p. 302. — **Wanser**. *Ueber Missbildungen bei Hydramnion*, Tubingen, 1896. — **Westphalen**. Ueber den mikrochemischen Nachweis von Eisen in fötalen Organismus nebst Beschreibung eines Falles von Schatz'scher Zwillingschwangerschaft. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LIII, Hft 1, p. 31. — **Walfraun**. Ein Beitrag z. Wiederlebung asphyktischen Neugeborenen. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 9, p. 241.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Audebert**. Parallèle entre l'accouchement prématuré et la symphyséotomie dans les bassins rétrécis entre 8 c. 1/2 et 9 c. 1/2. *Gaz. heb. des sc. méd.*, Bordeaux, mars 1897, p. 112, 123. — **Barton Cooke Hirst**. Technique of cesarean section. *Am. J. of Obst.*, janvier 1897, p. 97. — **Bué**. De la manœuvre de Champetier de Ribes. *Le Nord médical*, février 1897, p. 37. — **Charles**. De l'avortement médical. *La Semaine gynécologique*, 1897, n° 5, p. 35. — **De Lee**. Craniotomy of the dead child. *Medicine*, Detroit, Mich., 1897, n° 2, p. 100. — **Decio**. Per la statistica del taglio cesareo demolitore. *Annali di ost. e ginec.*, 1896, p. 895. — **Dührssen**. *Der vaginale (Kaiserschnitt nebst Bericht üb. e. erfolgreiche vaginale Exstirpation des rupturirten uterus ummittelbar post-partum)*. Berlin, 1896. — **Fry**. Manual rectification of faulty head positions. *The Ame-*

rican Journal of Obstetrics, New-York, mars 1897, p. 345. — **Klien.** Noch ein Wort zur Zange am nachfolgenden Kopfe. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 52, p. 1321. — **Mish.** Digital curetting of the puerperal Uterus. *Pacific med. J.*, 1897, n° 2, p. 75. — **Powell, Dudley, Allen.** Cesarean section. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, mars 1897, p. 322. — **Sarvey.** *Die kunstliche Frühgeburt bei Beckenenge auf Grund v. 60 Fallen aus d. kgl. Universitats-Frauenklink z. Tubingen dargestellt.* Berlin, 1896. — **Schauta.** *Grundriss d. operativen Geburtshülfe f. praktische Aerzte u. Studirende.* Vienne, 1896. — **Sidney A. Boutor.** A successful case of cæsarean section in a cottage. *The Lancet*, mars 1897, p. 660. — **Vergervoort.** *Direkter Abortus u. Kraniotomie u. deren Erlaubtheil.* Passau, 1896.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Abrahams.** Appendicitis complicating pregnancy. *Am. J. of Obst.* février 1897, p., 205. — **Atthill.** Observations on the anticipation of post-partum hæmorrhage with remarks on the action of ergot on pregnant women. *British med. J.*, mars 1897, p. 576. — **Balland.** Influence du saturnisme sur la marche de la grossesse, le produit de la conception et l'allaitement. *Arch. degyn. et d'obst.*, 1897, nos 9 à 12, p. 750. — **Betz.** *Ueber Placenta prævia unter Zungrundlegung v. 14 Fallen.* Tubingen, 1896. — **Bown.** Acute inversion of the uterus following delivery of placenta. Abdominal section, reduction, recovery. *The Boston med. a. Surg. J.*, février 1897, p. 126. — **Bué.** Pathogénie et traitement des accès éclamptiques. *Archives de gyn. et de tocologie*, 1896, nos 9 à 12, p. 641 — **Carossa.** *E. neue Methode der Behandlung des kindbettFiebers m. durchschlagendster Wirkung.* Munich, 1896. — **Clark** et **Skelton.** Acetone in Eclampsia. *Am. J. of Obst*, février 1897, p. 196. — **Clifford Albbutt.** Albuminuria in pregnancy. *The Lancet*, London, 27 février 1897, p. 579. — **Colmer (A.).** A case of ruptured uterus. *The Lancet*, mars 1897, p. 661. — **Cros.** *De la rétention des membranes dans l'accouchement à terme.* Th. Paris, 1897. — **Demelin** Des infections amniotiques qui se produisent après la rupture des membranes. *Arch. de gyn. et d'obst.*, 1897, nos 9 à 12, p. 679. — **Draper.** Four cases of pregnancy complicated by heart disease. *The Boston Med. a. Surg. J.*, février 1897, p. 183. — **Faure** et **Siredey.** Péritonite diffuse consécutive à une perforation de la vésicule biliaire au cours d'une grossesse. Laparotomie. Guérison avec évolution normale de la grossesse. *Gaz. hebd. de. méd. et de chirurg.*, janvier 1897, p. 97. — **Fry (H.).** Puerperal malarial fever. *Am. J. of obst.*, janvier 1897, p. 1. — **Günthner.** *2 Falle v. Osteomalacie geheilt durch die Castration.* Tubingen, 1896. — **Huber (W.).** Ueber Abortbehandlung. *Sammlung zwangloser Abhandlungen aus. d. Gebiete der Frauenheilkunde u. Geb.*, Halle, 1896. — **John Byers.** The pathology of eclampsia. *The Lancet*, janvier 1897, p. 29. — **Kine.** Some Obstetric complication with report of cases. *The Am. gyn. a. obst. J.*, janvier 1897, p. 34. — **Knapp.** *Klinische Beobachtungen üb. Eklampsie.* Berlin, 1896. — **Kutzky.** *E. Fall von Insertion d. Nabelschnur am Kopfe e. Kalbsfœtus.* Königsberg, 1897. — **Lambertenghi.** A proposito di un caso di lacerazione centrale del perineo durante il parto. *Annali di ost. e gin.*, 1897, n° 1, p. 22. — **Lefour.** Tuberculose et grossesse. *Gaz. hebd. des Sc. méd.* Bordeaux, janvier 1897, p. 5. — **Löhlein.** Zur Enstehung u. Behandlung des Hæmatoma vulvœ der Neuentbundenen. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 10, p. 267. — **Loin.** Hydramnios à forme aiguë secondaire. Enfant macéré. Mort de la mère. *Arch. de gyn. et d'obst.*, 1897, nos 9 à 12, p. 772. — **Puech.** Hémorrhagie du placenta prævia ou

hémorrhagie du placenta normalement inséré. *Gaz. des hôpitaux*, janvier 1897, p. 30-40. — **Purslow**. An unusual result of abortion *The Lancet*, février 1897, p. 443. — **Ramdohr**. Rupture of the uterus at term, following primary inertia ; also a case of cæsarean section. *The Am. gyn. a. obst. J.*, janvier 1897, p. 46. — **Rossier**. Trois cas de « missed abortion ». *Revue médic. de la Suisse Romande*, 1897, p. 109. — **Salus**. Ueber hydrocephalus in Beckendlage. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 52, p. 1325. — **Townsend**. Puerperal eclampsia. A study of one hundred and sixty cases occurring at the Boston Lyng-in Hospital and in the private Practice, etc. *The Boston Med. a. Surg. J.*, 1897, nº 9, p. 206. — **Waltham**. Five cases of eclampsia with comments upon the treatment. *The Boston med. a. Surg. J.*, 1897, nº 9, p. 204. — **Walton**. The etiology of obstetrical paralysis. *The Boston medical and surg. Journal*, 24 décemdre 1896, p. 642.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Benckiser**. Ueber die Behandlungen d. Blutungen in Schwangerschaft u Geburt u. die Behandlung d. acuten Anæmie. *Sammlung Zwangloser Abhandl. aus d. Gebiete d. Frauenheilk. u. Geburtsh.* Halle, 1896. — **Beuttner**. Ueber Antisepsis u. Asepsis in d. Geburtshulfe. *Vortrage aus d. gesammte prakt. Heilk.*, Vienne, 1896. — **Cholmogoroff**. Die Einführung v. physiologischer Kochsalzlösung in den Organismus bei grossen Blutverlusten während u. nach der Geburt. *Sammlung klin. Vortrage*. Leipzig, 1896. — **Clifton (E.)**. The treatment of puerperal eclampsia. *Med. Record*, décembre 1896, p. 913. — **Godson**. An address on the use of the antiseptics in midwifery. *British. m. J.*, janvier 1897, p. 188. — **Kumpf**. Ueber ein einfaches Verfahren gegen post-partum Blutungen ex atonia uteri. *Cent. f. Gyn.*, mars 1897, p. 289. — **Ludwig Pincus**. Die « Vaporisation » in der Therapie des putriden Abortus. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 7, p. 190. — **Romme**. Traitement de l'infection puerpérale. *La Presse médicale*, mars 1897, p. 120. — **Schuhl**. Injections de sérum artificiel dans un cas d'hémorrhagie grave due à une insertion vicieuse du placenta. *Revue méd. de l'Est*, février 1897, p. 65. — **Veitch (A.)**. Puerperal wound infection treated by antistreptococcic serum ; recovery. *Edinb. med. J.*, février 1897, p. 183.

VARIA.—**Beaucamp**. *Ueb. Hebammen u. Wärterinnenwesen*. Köln, 1896. — **Couveihnan**. Remarks on maternal impressions. *The Boston med. a. Surg. J.*, janvier 1897, p. 32. — **Cullingworth**. On the undiminished mortality from puerperal fever in England a. Wales. *The Lancet*, mars 1897, p. 573. — **Dührssen**. Ueber chirurgische Fortschritte in d. Geburtshülfe. *Sammlung klin. Vortrage*, Leipzig, 1896. — **Murray (G.)**. Acromegaly with goitre and exophthalmic goitre. *Edinb. med. J.*, février 1897, p. 170. — **Murray (M.)**. On deflection and rotation of the pregnant and puerperal uterus. *Edinb. med. J.*, février 1897, p. 160. — **Patellani**. Die mehrfachen Schwangerschaften, die Extrauteringraviditäten und die Entwickelungs Anomalien der weiblichen Geschlechtsorgane vom Anthropogenetischen Gesichtspunkte aus betrachtet. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, t. 35, p. 373. — **Puls**. The prophylaxia of the puerperium. *Annals of Gyn. a. Pædiat.*, janvier 1897, p. 200. — **Runge**. *Lehrbuch der Geburshülfe*. Berlin, 1896.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1897

TRAVAUX ORIGINAUX

UN CAS DE PUTRÉFACTION FŒTALE

Par le Professeur **A. Herrgott.**

Le jeudi 16 janvier 1896, on amène à la Maternité de Nancy, vers huit heures du matin, une femme de 39 ans, primipare, qui se trouve dans une prostration profonde. On la transporte immédiatement dans la salle d'isolement où je ne tarde pas à l'examiner.

J'apprends que cette femme, régulièrement menstruée, a vu ses dernières époques se terminer le 22 mars 1895.

Les débuts de la gestation n'avaient été troublés que par des vomissements quotidiens répétés. Ces troubles gastriques avaient notablement diminué durant les trois derniers mois.

Les mouvements fœtaux nettement perçus depuis le quatrième mois, avaient complètement disparu depuis le samedi 11 janvier.

Le lundi 13, la malade avait commencé à perdre par le vagin un liquide roussâtre, épais, gluant et extrêmement fétide. Une sage-femme ayant été appelée, pensa que c'étaient les eaux qui s'écoulaient et que le travail commençait. Cependant la malade ne ressentait aucune contraction, *elle n'en ressentit jamais*, elle ne se plaignait que de violentes douleurs au niveau de la région lombaire.

Comme les choses restaient toujours dans le même état, on chercha un médecin, et, sur ses conseils, la parturiente fut transportée à la Maternité. Il l'accompagna, mais il ne put

donner aucun renseignement, l'extrême sensibilité du ventre de sa malade ne lui ayant pas permis de l'examiner complètement.

L'abdomen, en effet, est très volumineux, il semble météorisé ; ses parois sont lisses et tendues. La palpation la plus légère occasionne de violentes douleurs.

On n'entend rien à l'auscultation, ni battements, ni mouvements, ni souffle, ni crépitation, ni frottements ; le silence est absolu.

En pratiquant le toucher, mon doigt est souillé par un liquide rouge et fétide. Je sens, directement derrière la symphyse pubienne, le col utérin mou et légèrement entr'ouvert, mais ayant encore toute sa longueur. Derrière lui, séparée par un sillon profond, je trouve une tumeur élastique, rénitente, qui remplit en quelque sorte toute l'excavation.

Cette tumeur, du volume d'une tête fœtale à terme et arrondie comme elle, est lisse, mais je ne puis découvrir de sutures à sa surface. Le toucher rectal ne nous donne aucun renseignement complémentaire. Cette tumeur ne peut être mobilisée.

Ces différents symptômes me font supposer que nous nous trouvons en présence d'une péritonite causée par une rétention fœtale compliquée d'une tumeur vraisemblablement de nature fibreuse. Mais, cette rétention fœtale est-elle utérine ou extra-utérine ? C'est ce qu'il m'est difficile de déterminer.

Quoi qu'il en soit, il n'y a pas à hésiter, il faut débarrasser, le plus tôt possible, cette malheureuse de cette cause d'infection à laquelle elle ne tardera pas à succomber si on n'intervient pas immédiatement.

Sans doute, les conditions dans lesquelles on est obligé d'opérer sont déplorables ; la femme est dans un état de prostration considérable, elle est infectée, la température est de 39°,7 ; le pouls est filiforme, la sensibilité de l'abdomen, le météorisme qui l'accompagne, sont la preuve qu'il y a une péritonite généralisée. Malgré cela, il faut agir, la gravité même de la situation nous l'impose ; c'est la seule chance de salut qui nous reste et nous ne nous dissimulons pas qu'elle est bien précaire.

M. le professeur Weiss, après avoir examiné la malade, est également de cet avis.

Désirant mettre cette malheureuse dans les meilleures condi-

tions opératoires possibles, je prie mon collègues de vouloir bien me permettre de recourir à son habileté chirurgicale et d'entreprendre cette opération avec notre assistance et celle du personnel de mon service.

Le même jour, à deux heures, la malade est endormie. Avant de sectionner la paroi, on introduit deux doigts dans le col pour explorer l'utérus et voir si cet organe est vide. On constate au niveau de l'orifice interne une tumeur molle, lisse, qui semble indépendante de l'utérus et devoir appartenir à un fœtus, mais on ne peut reconnaître exactement l'organe qu'elle représente.

Malgré cette incertitude, nous savons que le fœtus est retenu dans la cavité utérine ; l'hypothèse de grossesse ectopique doit être désormais écartée.

La vessie ayant été vidée, et les précautions antiseptiques prises, M. Weiss incise largement la paroi abdominale sur la partie médiane. L'utérus apparaît immédiatement. Il est violacé et fortement distendu ; les intestins qui l'entourent sont le siège d'une vive irritation.

A la percussion légère, l'utérus donne une sonorité inaccoutumée dénotant la présence de gaz dans sa cavité.

La paroi antérieure de l'utérus est sectionnée à son tour. Il s'échappe aussitôt par cette ouverture une grande abondance de gaz extrêmement putrides. Le fœtus est immédiatement extrait; il se présentait en sacro-iliaque gauche antérieure; il est du sexe masculin, et, c'étaient les bourses engagées au niveau de l'orifice interne que l'on avait perçues, lorsque le toucher intra-cervical avait été pratiqué. Il est très volumineux, putréfié et répand une odeur repoussante.

Les os de la boîte crânienne sont disjoints par la tension des gaz développés dans l'encéphale, aussi semble-t-il être atteint d'hydrocéphalie.

La malade jusqu'ici a perdu très peu de sang, bien que l'utérus reste inerte et revienne à peine sur lui-même. Comme les parois de la matrice sont verdâtres et paraissent profondément altérées, M. Weiss et moi, nous pensons qu'il est impossible de songer à les conserver et qu'il faut en faire l'ablation. On applique sur le tiers inférieur de l'utérus une ligature à l'aide d'un fort lien en caoutchouc, puis on résèque les deux tiers supérieurs de cet utérus infecté.

On essaye, mais inutilement, de mobiliser la tumeur qui reste enclavée dans le bassin. On n'insiste pas sur ces tentatives d'extraction pour ne pas aggraver la situation par de nouveaux traumatismes. On laisse donc cette tumeur en place et on se dispose à fermer l'abdomen. On lave la cavité péritonéale avec de l'eau bouillie, on cautérise le moignon utérin avec le thermocautère de façon à détruire les parties qui semblent encore altérées, et M. Weiss commence à suturer l'abdomen, lorsque le pouls, qui jusqu'alors était demeuré fréquent, très petit, mais régulier, devient imperceptible. La malade fait quelques inspirations profondes et entrecoupées, le cœur s'arrête... elle est morte!

Tous nos efforts pour la rappeler à la vie demeurèrent impuissants. Elle n'a pu résister au *shock* opératoire causé par l'intervention qui, seule, aurait pu la sauver.

Désirant connaître la véritable nature de la tumeur qui obstruait le bassin, nous nous efforçons de la mobiliser, puisque nous ne sommes plus obligés de prendre les précautions imposées précédemment.

Nous parvenons à l'extraire, mais non sans de grandes difficultés, tant l'enclavement était considérable.

Cette tumeur, un peu plus volumineuse qu'une tête de fœtus à terme, est incisée par son milieu. Elle est formée par une coque fibreuse résistante contenant dans son intérieur de la matière sébacée, des poils et des plaques ostéo-cartilagineuses.

Ce n'était donc pas un fibrome comme nous en avions émis primitivement l'hypothèse, mais un *kyste dermoïde inclus dans le ligament large* du côté droit.

Dans cette observation, plusieurs points méritent d'attirer notre attention.

C'est d'abord la *difficulté* que nous avons eue à établir un diagnostic exact et précis de l'état de notre malade.

La palpation ne nous a donné aucun renseignement. Le ventre était si douloureux et si peu dépressible qu'il nous était absolument impossible de délimiter les organes abdominaux et par conséquent le volume de l'utérus. De plus, le toucher nous permettait bien de reconnaître qu'une tumeur fibro-cartilagineuse obstruait l'excavation et refoulait le col

utérin derrière la symphyse pubienne, mais, au point de vue de l'existence d'une grossesse utérine ou extra-utérine, seuls les renseignements donnés par la malade étaient de nature à nous éclairer à cet égard, notre exploration ne nous ayant permis de reconnaître aucun signe de grossesse.

Ce n'est que quand la malade eut été endormie, que le toucher intra-cervical nous permit de constater que l'utérus était gravide, et ce ne fut que plus tard, quand l'opération césarienne eut été faite, que nous pûmes être fixés sur la véritable nature de l'organe que le doigt avait rencontré.

Si nous étions hésitants sur la nature de la grossesse, l'état d'infection dans lequel se trouvait notre malade n'était que trop évident et nous devons nous demander si, vu la gravité de la situation, *notre intervention opératoire avait été légitime*, si elle était indiquée ?

Malgré le triste résultat qui s'ensuivit, je crois que nous avons bien fait d'agir. M. le professeur Pinard, dans son remarquable article *Fœtus* (1) du Dictionnaire encyclopédique dit que dans ces cas « la femme peut succomber rapidement, si une thérapeutique active ne vient pas faire disparaître le foyer infectieux ».

Or, si nous n'étions pas intervenu, je suis persuadé que cette malheureuse n'aurait certainement pas tardé à succomber. C'est précisément le motif pour lequel nous avons cru qu'il était de notre devoir d'agir le plus promptement possible.

Nous ne nous dissimulions pas, M. Weiss et moi, je l'ai déjà dit, la gravité de l'opération qui allait être entreprise, mais nous ne pensions qu'au but à atteindre sans nous arrêter aux dangers qui l'environnaient.

Si nous nous étions trouvés dans un milieu différent, où les ressources indispensables à la réussite d'une pareille tentative, eussent fait défaut, il est probable que nous aurions été moins audacieux, mais, à l'hôpital, aidés comme nous

(1) Page 547.

pouvions l'être et comme nous l'avons été, il me semble que l'abstention, qui ne nous exposait cependant pas à un échec opératoire, n'était pas à conseiller. Cette malheureuse a succombé parce qu'elle était infectée ; il est incontestable que le traumatisme considérable dont elle a été l'objet a été de nature à hâter le dénouement final, mais il est à peu près certain que si l'état général n'avait pas été si déplorable elle aurait supporté une opération qui n'avait présenté aucune complication et qui n'avait pas été accompagnée de perte de sang appréciable.

Cette femme est donc morte victime de la putréfaction fœtale intra-utérine malgré tout ce qui a pu être tenté pour la sauver.

Les effets de la putréfaction sur l'organisme maternel sont connus; ils ont depuis longtemps attiré l'attention des accoucheurs; aussi, parmi les travaux qui s'occupent de cette importante question de pathologie obstétricale, je ne citerai que ceux de Lempereur (1), de Sentex (2), de Ruge (3). J'ajouterai qu'outre l'article de M. Pinard que j'ai déjà mentionné, M. Charpentier (4), MM. Tarnier et Budin (5), MM. Ribemont et Lepage (6) en parlent dans leurs traités; mais c'est surtout E. Chatelain (7) qui, en s'appuyant sur les divers cas de putréfaction fœtale épars dans les annales de la science, a le plus complètement étudié l'action délétère de cette putréfaction sur la mère; le tableau qu'il en fait mérite d'être cité.

« La patiente, dit-il (8), d'abord en proie à un malaise

(1) *Des altérations que subit le fœtus après sa mort dans le sein maternel.* Thèse Paris, 1867, p. 101.

(2) *Des altérations que subit le fœtus après sa mort dans la cavité utérine.* Thèse Paris, 1868.

(3) Ueber den Fœtus sanguinolentus. *Zeitsch. f. Geb.* Bd. I, p. 57, 1877.

(4) *Traité pratique d'accouchements,* 2e édit., t. I, p. 1031. Paris, 1890.

(5) *Traité de l'art des accouchements,* t. II, p. 379. Paris, 1886.

(6) *Précis d'obstétrique,* 2e édit., p. 762. Paris, 1896.

(7) *De la putréfaction fœtale intra-utérine.* Thèse de Paris, 1883.

(8) *Loc. cit.,* p. 51.

vague, tombe bientôt dans un sentiment extrême de faiblesse et d'exténuation. Elle ne cesse de se plaindre de ses souffrances, ou, plongée dans une prostration profonde, elle devient, malgré l'intégrité absolue des facultés intellectuelles, d'une indifférence complète pour tout qui se passe autour d'elle... Avec la dépression croissante des forces, le facies s'altère rapidement : le visage pâle est défait et altéré, d'une teinte grisâtre et terreuse ; la langue rouge ou saburrale se dessèche ; les lèvres deviennent livides, les gencives et les dents fuligineuses ; les yeux sont caves et vitrés ; la voix rauque est presque éteinte ; la peau est froide et couverte de sueur, d'autres fois chaude et brûlante. La fièvre est plus ou moins vive ; le pouls irrégulier et intermittent, devient bientôt petit, filiforme, presque imperceptible, il s'accélère toujours ; la respiration, haletante, est plus ou moins difficile, mais toujours fréquente.

En même temps, le bas-ventre se tuméfie ; un frisson prolongé intense, mais unique, ou plusieurs petits frissons joints à une douleur abdominale plus ou moins violente annoncent le début d'une péritonite commençante, et si une thérapeutique active ne vient pas faire disparaître rapidement le foyer infectieux et soustraire ainsi la mère à la cause initiale de tous ces signes de mauvais augure, la parturiente succombe d'une manière presque inévitable et souvent même fort rapide. »

La cause de cet état, si bien décrit par Chatelain, est la résorption des produits de la putréfaction qui a lieu lorsque le fœtus mort est en communication avec l'air extérieur.

Tant que le fœtus demeure à l'abri de l'air, que la grossesse soit utérine ou extra-utérine, on sait qu'il peut séjourner pendant un temps plus ou moins long dans l'organisme maternel sans lui causer aucun dommage.

Il subit diverses transformations, la dissolution, si la grossesse est récente, l'atrophie, la momification, la macération, si la grossesse est utérine et si elle est plus avancée ; dans les grossesses ectopiques, outre ces modifications, le fœtus peut encore se transformer en lithopœdion, ne pas être

un obstacle à de nouvelles gestations (1) et séjourner en quelque sorte indéfiniment dans la cavité abdominale. Pendant mon séjour à la Maternité de Vienne, en 1876, j'ai eu l'occasion d'assister à l'autopsie d'une femme de 83 ans, morte de pneumonie, qui portait dans son ventre un fœtus enkysté depuis un demi-siècle (2).

. La scène change, si les membranes sont rompues : Le contenu de l'œuf se trouvant en communication avec l'air extérieur, la putréfaction ne tardera pas à se produire, si le fœtus n'est pas promptement expulsé d'un milieu où sont réunis les agents de toute fermentation, l'air, l'eau et la chaleur.

Cette décomposition putride, une fois commencée s'effectuera le plus habituellement avec une surprenante rapidité, surtout quand le fœtus a succombé avant la rupture des membranes.

Quinze ou dix-huit heures après cette rupture, il s'écoule ordinairement hors des parties génitales un liquide sanguinolent, brunâtre, extrêmement fétide, ainsi que nous l'avons constaté dans l'observation que nous rapportons. Cet écoulement lochial, si remarquable par l'insupportable odeur qu'il répand, existe presque toujours quand le fœtus se putréfie, mais, ainsi que le fait justement remarquer M. Chatelain (3), « cet écoulement non seulement ne suffit pas à lui seul pour affirmer la putréfaction du fœtus, mais encore n'implique même pas sa mort ».

Baudelocque (4), Nægele (5), Plouvier (6) et d'autres, ont

---

(1) *Des grossesses extra-utérines anciennes dans leurs rapports avec les grossesses utérines subséquentes,* par le Dr Schul. Thèse de Nancy, 1883.

(2) Ueber dem Befund eines beinahe 50 Jahre lang getragenen Lithopädions, par le Dr Hanns Chiari. *Wiener med. Wochenschrifft*, n° 42, 1876.

(3) *Loc. cit.*, p. 27

(4) *L'art des accouchements.* Paris, 1789, t. II, p. 387 et 394.

(5) *The Lancet*, 1828, vol. II, p. 70.

(6) *Des phénomènes et des signes qui suivent la mort du fœtus dans le sein de la mère, surtout à une époque avancée de la grossesse.* Thèse de Paris, 1852, p. 27.

cité des faits de fœtus nés vivants et bien portants, bien que le liquide amniotique ait été putréfié.

Malgré cette restriction, l'écoulement dont je parle est le premier signe de la putréfaction constaté par l'accoucheur ; il est la conséquence des altérations profondes que subit le fœtus dans le sein maternel.

« Ces changements, dit Lempereur (1), portent à la fois sur la consistance des tissus, leur couleur, leur odeur, et ils sont presque instantanés. »

Le fœtus livide, blafard, puis marbré, se ramollit, devient verdâtre et cette coloration s'étend aux téguments, au tissu cellulaire et aux muscles. Ces tissus si profondément modifiés, qui répandent une odeur épouvantable, subissent une véritable infiltration gazeuse; certaines parties du corps distendues par ces gaz atteignent parfois des proportions énormes. On se rappelle que le fœtus qui a occasionné la mort de notre pauvre malade avait la tête tellement distendue par les gaz qu'il avait l'aspect d'un hydrocéphale. Dans d'autres cas, c'est le fœtus tout entier qui est augmenté de volume, ce qui peut être une cause sérieuse de dystocie.

Je ne m'étendrai pas sur ces diverses altérations, elles sont trop connues, elles ont été trop bien décrites par les auteurs que j'ai cités pour qu'il soit nécessaire d'en dire davantage.

Je n'insisterai que sur l'action de ces agents septiques sur l'utérus. Non seulement cet organe, distendu jusqu'à ses dernières limites par les produits de la putréfaction, devient très douloureux, mais la fibre utérine « stupéfiée par ces gaz toxiques cesse de se contracter (2) ».

Le mot « stupéfié », employé par M. Pinard, est bien celui qui rend le mieux l'action de ces gaz sur la contraction utérine. Ordinairement, le travail s'arrête, lorsque la dose des toxiques devient suffisante pour paralyser la contraction

(1) *Loc. cit.*, p. 102.

(2) PINARD. Article Fœtus du *Dictionnaire encyclopédique*, p. 547.

utérine ; mais ainsi qu'on a pu s'en convaincre par l'observation qu'on vient de lire, cette paralysie utérine, cette stupéfaction de la fibre contractile peut exister *avant* le début du travail.

Malheureusement, si l'utérus, distendu outre mesure, ne se contracte plus, l'absorption de ces principes toxiques continue, et l'organisme tout entier ne tardera pas être infecté, si une intervention rapide ne débarrasse pas la mère du fœtus qui l'empoisonne.

Les *effets* de la putréfaction sont connus de toute antiquité, mais il n'en est pas de même des *causes* qui la produisent ; elles sont restées ignorées jusqu'au jour où Pasteur, par ses admirables découvertes, est venu démontrer le rôle capital que jouent les infiniment petits dans la production de ces phénomènes demeurés, jusqu'alors, inexpliqués et inexplicables.

Voici comment Lempereur (1), dans sa thèse soutenue en 1867, définissait la putréfaction : « On entend par putréfaction la décomposition qui s'établit spontanément et sous l'influence de certaines conditions, au sein des corps organisés privés de vie ; cette décomposition est accompagnée de la production de substances nouvelles et surtout de vapeurs et de gaz remarquables par leur fétidité. C'est l'opposé de l'assimilation vivante ; par elle la matière organique se transforme en matière inorganique ; elle volatilise le corps de l'animal presque en entier, de façon à en laisser peu de débris palpables. »

Plus tard, Chatelain, en 1883, n'est pas plus explicite ; la définition qu'il donne de la putréfaction, il l'emprunte à celle que Littré et Robin donnent dans leur dictionnaire de médecine (2). « La putréfaction est la décomposition que subissent sous l'influence de certaines conditions les corps

---

(1) *Loc. cit.*, p. 101.

(2) *Dictionnaire de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, 13e éd., 1873, p. 1288.

organisés que la vie a abandonnés, décomposition accompagnée de production de substances nouvelles et particulièrement de gaz remarquables par leur fétidité. »

On voit par ces citations que le mot « putréfaction » était le synonyme de décomposition des corps organisés privés de vie, décomposition s'effectuant dans certaines conditions, parmi lesquelles la présence de l'air était considérée comme indispensable. Or, il n'en est rien. Pasteur (1) a démontré que l'air n'est nullement nécessaire au développement de la putréfaction ; que bien plus, l'oxygène qu'il contient est un agent qui l'arrête, qui l'empêche même de se produire. La véritable cause, ce sont les éléments microbiens que cet air renferme ; ce sont eux, qui, trouvant dans la matière organique privée de vie les éléments nécessaires à leur existence, s'y développent, s'y multiplient avec une étonnante rapidité.

Pasteur pensant que les phénomènes observés dans la putréfaction des substances azotées animales trouvaient leur explication, comme dans les fermentations, dans la présence et le développement de végétaux ou d'animaux microscopiques, fit une série de recherches qui, on le sait, révolutionnèrent la science.

« Ses expériences, dit P. Schutzenberger (2), sont dirigées dans deux voies qui conduisent au même but et se confirment l'une l'autre.

D'une part, elles tendent à démontrer que la putréfaction est toujours accompagnée de la présence, du développement et de la multiplication d'êtres vivants, organisés, infiniment petits.

D'un autre côté, elles établissent que toutes les fois que l'on se place dans des conditions convenables pour éviter la présence de germes, d'organismes au début de l'expérience,

---

(1) Examen du rôle attribué aux matières animales après la mort. *Comptes rendus de l'Académie des sciences,* 23 juin 1863.

(2) *Les fermentations,* 6e édit., p. 285. Paris, 1896.

l'altération n'apparaît pas, même dans les produits les plus altérables. En empêchant le contact des germes avec la matière animale, on empêche en même temps toute trace de fermentation et d'altération. »

Nous ne pouvons, on le comprend, rapporter les nombreux travaux auxquels l'étude de la putréfaction a donné lieu dans ces dernières années. M. E. Duclaux s'en est particulièrement occupé ; il a montré dans son article *Fermentation* (1), dans son livre « *Le microbe et la maladie* » (2) et surtout dans son magnifique traité de *Chimie biologique* (3) qui ne compte pas moins de 900 pages, que la putréfaction n'est en réalité qu'une fermentation complexe en raison des éléments multiples qui y prennent part. « Un liquide organique, une masse musculaire, le corps entier d'un animal, renferment un grand nombre d'éléments fermentescibles, pouvant subir chacun plusieurs modes de décomposition sous l'influence de microbes. Chacune de ces transformations, si elle était bien connue, porterait un nom spécial, emprunté à la nature de l'être qui y préside ou à celle des produits qu'elle donne. C'est quand il s'en produit plusieurs, simultanément ou successivement, dans une masse de composition complexe, qu'on donne à l'ensemble le nom de *putréfaction.* »

La putréfaction n'est donc pas comme la définissait Lempereur, « l'opposé de l'assimilation vivante », mais bien une manifestation vitale d'êtres infiniment petits aux dépens des éléments constitutifs de corps organisés privés de vie. N'est-ce pas ici le cas de se rappeler les pensées émises par Lucrèce, il y a deux mille ans, pensées que les géniales découvertes de Pasteur ont si complètement confirmées ? « Ainsi donc tout ce qui semble détruit ne l'est pas ; car la nature refait un corps avec les débris d'un autre, et la mort

---

(1) *Dictionnaire encyclopédique* art., Fermentation, p. 600, 1877.

(2) Paris, 1886.

(3) *Encyclopédie de Frémy*, t. IX, 1er sect., Paris, 1887.

seule vient en aide pour donner la vie » (1) ou encore: « C'est ainsi qu'une chose naîtra toujours d'une autre, la vie n'est donnée en propriété à personne, à tous en usufruit » (2).

Les éléments microbiens, causes de la putréfaction, sont nombreux et la part à attribuer à chaque espèce n'est pas encore nettement déterminée. Ce sont, le plus souvent, des bacilles longs ou courts, mais on y trouve aussi des micrococcus ou des formes spiralées très mobiles.

Voici en quels termes notre collègue le profr E. Macé (3) a, dans son excellent traité de bactériologie, résumé, d'après les données actuelles de la science, les phénomènes microbiens de la putréfaction : « Les bactéries de la putréfaction sont tantôt des espèces aérobies, tantôt des espèces anaérobies. Ces dernières ne se développent, toutefois, que lorsque l'oxygène est complètement absent du milieu. Aussi, si l'on observe un liquide qui se putréfie, on voit d'abord les aérobies envahir sa masse, et s'y développer luxurieusement, trouvant en abondance des éléments et de l'oxygène. Au fur et à mesure qu'ils consomment ce gaz, ils quittent les couches profondes, et se rapprochent de la surface, où ils finissent par se localiser. A ce moment les anaérobies peuvent prospérer, protégés de l'accès de l'air par le voile que forment à la surface les débris des premiers occupants. L'aspect du phénomène change alors. Tandis que, grâce à la présence de l'oxygène en abondance, les aliments pouvaient être complètemeut brûlés par les premiers êtres et transformés en composés très simples, inodores, comme l'acide carbonique et l'eau, ils ne subissent plus maintenant que des

(1) Haud igitur penitus pereunt quœcunque videntur;
Quando alid ex alio reficit Natura, nec ullam
Rem gigni patitur, nisi morte adjutam aliena.
De natura rerum. Liv. I, v. 263.

(2) Sic alid ex alio nunquam desistet oriri :
Vitaque mancupio nulli datur, omnibus usu.
Idem. Liv. III, v. 983.

(3) *Traité pratique de bactériologie*, p. 74. Paris, 1892.

modifications bien moins complètes. Les résidus sont d'une complexité plus grande ; c'est, suivant les cas, des ammoniaques composées, des mercaptans, des acides gras volatils, d'odeur repoussante, des produits d'odeur fécaloïde très pénétrante, comme l'indol, le scatol. De plus, beaucoup d'anaérobies peuvent produire de l'hydrogène gazeux qui, rencontrant, à l'état naissant, du soufre, du phosphore, dans les composés albuminoïdes, donne de l'hydrogène sulfuré et de l'hydrogène phosphoré, dont la mauvaise odeur vient s'ajouter à celle des substances précédentes et former le fumet repoussant de putréfaction variant suivant la qualité et la quantité de ses divers composants. A côté de ces produits volatils, on trouve des produits fixes, résidus, comme les premiers, de l'activité vitale des bactéries. Au premier rang sont la leucine, la tyrosine, le glycocolle et enfin des *ptomaïnes* diverses, *ces bases toxiques* accompagnant si souvent les déchets de la vie des cellules. »

Ce sont surtout ces ptomaïnes, si bien étudiées par MM. A. Gautier (1), Selmi (2), Etard (3) et autres, qui, comme de véritables « venins », intoxiquent l'organisme maternel dans les cas de putréfaction intra-utérine et obligent l'accoucheur à débarrasser le plus vite possible la mère de cette source de poisons. Malheureusement, pour atteindre ce but, on est quelquefois dans la nécessité d'avoir recours à des opérations très graves, comme celle qu'a dû subir notre malade, quand la voie pelvienne est obstruée par une tumeur qui ne peut être refoulée.

M. Tarnier (4) fit aussi l'opération césarienne suivie de l'ablation de l'utérus et des ovaires, d'après la méthode de Porro, pour un cas de tumeur fibreuse opposant un obstacle

---

(1) *Traité de chimie physiologique*, Paris, 1873, et *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1882.

(2) *Sulle ptomaine ad alcaloïdi cadaverici*, Bologne, 1872, et *Atta della R. Acad. dei Lincei*, 3e série, t. II, 1878.

(3) *Comptes rendus de l'Académie des Sc.*, 24 avril et 12 juin 1882.

(4) *Annales de gynécologie*, août 1879.

absolu à l'accouchement, alors que l'enfant était putréfié. Malheureusement, ici encore, la mère succombait, trois jours après l'opération, avec tous les symptômes d'un empoisonnement septique.

Chadzinski (1), Lefour (2) et Chabazian (3) rapportent également des observations analogues à celles que nous citons ; mais dans tous ces cas, l'obstacle à l'expulsion fœtale était un fibrome, tandis que chez notre malade, l'obstruction pelvienne était due, non à un fibrome, comme nous l'avions d'abord supposé, mais à un *kyste dermoïde développé dans le ligament large du côté droit.*

Si les kystes dermoïdes ne sont pas très rares, puisque Olshausen (4) dans une statistique portant sur 2,275 ovariotomies pratiquées par différents opérateurs, a trouvé une fréquence de 3,5 pour 100, soit 80 cas, par contre leur développement dans le ligament large est tout à fait exceptionnel. Je n'en connaissais pas d'exemple, lorsque tout récemment, le docteur Rendu, de Lyon, a présenté à la Société des Sciences médicales de cette ville, un kyste dermoïde développé dans le ligament large, qu'il avait enlevé à une femme de 42 ans, et, à ce propos, il s'exprime en ces termes (5) : « N'en ayant jamais observé, je me suis livré à quelques recherches bibliographiques desquelles il ressort que c'est là un siège exceptionnel. Spencer Wells, par exemple, à côté des douze cas de kystes dermoïdes des ovaires cités dans son ouvrage, n'en relate aucun appartenant aux ligaments larges. Lawson Tait rapporte l'histoire d'une femme de 37 ans dont le kyste intra-péritonéal, renfermant des cheveux dans l'épaisseur de sa paroi, était entièrement soudé au péritoine pariétal et tout à fait indépendant aussi

(1) *Des tumeurs fibreuses de l'utérus comme cause de dystocie.* Thèse Paris, 1855, n° 69, p. 27.

(2) Thèse d'agrégation, 1880, p. 213.

(3) Thèse de Paris, 1882, p. 125.

(4) Cité par Pozzi. *Traité de gynécologie*, 1re édit., p. 705, Paris, 1890.

(5) *Écho médical de Lyon*, 15 mai 1896, p. 103.

des ligaments larges. Pozzi signale simplement la possibilité de ce siège et indique une observation de Sänger au troisième congrès des gynécologues allemands, en 1883.

Enfin, la *Revue* de Hayem ne mentionne que deux cas, l'un d'Abel (*Berlin. klin. Wochen.*, 9 janvier 1892) et l'autre de Ferraud (*Bulletin Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, 1894). »

J'ajouterai encore le cas rapporté par M. Barette (1) au congrès de gynécologie de Bordeaux en 1895, qui présente une certaine analogie avec ceux qui viennent d'être rappelés.

Les kystes dermoïdes peuvent donc, *exceptionnellement*, se développer dans les ligaments larges, et, lorsqu'ils s'y trouvent, se comporter cliniquement comme de véritables fibromes, devenir un obstacle à l'expulsion du fœtus et être indirectement la cause de sa putréfaction dans le sein maternel.

REMARQUES A PROPOS DE SEPT OBSERVATIONS D'INFECTION PUERPÉRALE

Par **C.-W. Du Bouchet.**

Au cours de recherches sur la bactériologie des métrites, j'ai eu l'occasion d'examiner quelques cas d'infection utérine liée à des phénomènes puerpéraux : accouchement à terme ou fausse couche ; les résultats auxquels je suis arrivé différant quelque peu de ce qui est généralement admis aujourd'hui, je voudrais les exposer rapidement ici.

Tandis que dans les infections aiguës de l'utérus, en dehors de la puerpéralité, je n'ai trouvé que le gonocoque comme agent pathogène, dans les infections puerpérales, au contraire, nous voyons toute une série de microbes entrer en jeu. Chose singulière, la plupart de ces mêmes microbes mis en contact avec une muqueuse utérine saine ne produisent rien,

---

(1) *Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie*, Mémoires et discussions, p. 118. Paris, 1896.

si l'on a soin de faire cette opération sans traumatiser la muqueuse. Je ne parle pas ici d'expériences sur les animaux (bien que la plupart de ces microbes soient pathogènes pour eux aussi) seulement; Krœnig et Menge ont fait cette chose sur des femmes enceintes avant l'accouchement, avec toute une série de microbes de virulence variable, depuis le bacille pyocyanique jusqu'à un streptocoque très virulent (1). Jamais ils n'ont provoqué d'accidents et tous les microbes introduits étaient disparus du col au bout de 70 heures au plus tard.

Ce sont pourtant ces mêmes microbes qui vont provoquer les accidents après l'accouchement et la fausse couche. Qu'y a-t-il de plus alors, sinon une plaie? Et ne doit-on pas envisager simplement cette infection puerpérale comme l'inoculation au niveau d'une plaie d'un microbe pathogène avec ses phénomènes consécutifs habituels?

Dès lors il n'y a pas lieu d'y insister et surtout il faut se garder de rapprocher ces faits de l'infection blennorrhagique par exemple.

La chose est bien vraie; il est trop évident que la plaie placentaire particularise d'une façon absolue les conditions où se trouve l'utérus au point de vue de son infection après l'accouchement; mais, en dehors de ce fait, il en est bien d'autres qui entrent en jeu, et qui font de l'infection puerpérale un problème infiniment plus complexe qu'elle ne paraît de prime abord.

Les conditions où j'ai été placé pour faire mes recherches n'ont malheureusement permis l'étude que d'un petit nombre d'observations rentrant dans cette catégorie; c'est dire que les résultats que j'ai obtenus ne sauraient prétendre, *quant à présent* tout au moins, à une valeur générale. Cependant, les conclusions auxquelles mes observations person-

---

(1) Dr B. Krönig. Ueber das bacterienfeindliche Verhalten des Scheidensecretes Schwangerer. *Deutsche med. Woch.*, 1894, n° 43.

Dr K. Menge. Ueber ein bacterienfeindliches Verhalten der Scheidensecretes Nichtschwangerer. *Deutsche med. Woch.*, 1894, n° 45-48.

nelles m'ont mené différant sensiblement de ce qui constitue actuellement la doctrine classique à ce sujet, je les donnerai ici, toute incomplète que soit cette étude.

Pour mieux montrer leur intérêt, ne serait-ce que comme cas particuliers, je ferai précéder cet exposé de celui de l'opinion aujourd'hui classique, en France particulièrement. Pour cela je ne puis mieux faire que de citer textuellement l'ouvrage récent sur le traitement de l'infection puerpérale par A. Pinard et V. Wallich. L'autorité du professeur Pinard justifie suffisamment ce choix.

Voici ce que disent ces auteurs (1) :

« En 1889, Widal établit dans sa thèse que le *streptococcus pyogenes*, le microbe en chaînette, signalé par Pasteur, pénétrant dans l'économie par l'utérus, pouvait être le seul agent parasitaire des différentes formes de l'infection puerpérale ; que sa virulence, variable suivant les conditions, suffisait à expliquer la diversité des formes observées.

« Mais tout en disant que le streptocoque pouvait être, et était en réalité, le plus souvent le seul agent de l'infection puerpérale, Widal spécifiait bien nettement que d'autres microbes pouvaient infecter l'économie dans l'infection puerpérale, et depuis sa thèse, différents auteurs et lui-même ont publié des cas d'infection puerpérale dont l'agent infectieux était le coli-bacille ou le streptocoque associé à des staphylocoques. Enfin on a trouvé aussi du vibrion septique (Tarnier et Vignal). On pourra voir les lymphatiques bourrés de bâtonnets dans des coupes d'utérus de femmes mortes quelques heures après un curettage.

« Il faut donc ne pas oublier que d'autres microbes peuvent se rencontrer dans l'infection puerpérale. C'est le streptocoque qui est l'agent le plus fréquent. Ce point n'est plus discuté aujourd'hui.

« 1° Pourquoi le streptocoque seul donne-t-il lieu à des

(1) *Traitement de l'infection puerpérale.* Paris, 1896, pages 19 et suivantes.

formes d'infection puerpérale si différentes au point de vue clinique?

« 2° Pourquoi le streptocoque donne-t-il lieu à des infections généralisées, si graves, pendant l'état perpuéral, alors que les accidents sont plus localisés et plus bénins dans d'autres affections dont il est l'agent parasitaire, l'érysipèle par exemple?

« Widal répondit à ces deux questions :

« La virulence variable du microbe suffit à créer des formes différentes d'infection puerpérale, des plus légères aux plus graves, virulence qui peut dépendre, non seulement de l'énergie propre du microbe infectant, mais aussi des conditions favorables, créées par le terrain, sur lequel il se développe, la plus ou moins grande résistance de la femme. Voilà pour la première question.

« Les conditions favorables du terrain, l'état de fatigue et de surmenage consécutifs à la grossesse et à l'accouchement auraient pu être invoqués pour répondre à la deuxième question, pour expliquer la différence de gravité entre l'infection à streptocoques produisant l'érysipèle, et l'infection de même nature produisant les accidents puerpéraux. Widal trouva dans une autre circonstance la cause de cette différence des processus infectieux. Ayant eu occasion d'observer une femme enceinte atteinte d'érysipèle et de lymphangite, et qui avorta sans accidents septiques, avec chute de la température deux jours après l'avortement, il en conclut qu'il fallait, pour expliquer l'action spéciale, et particulièrement grave du streptocoque dans l'infection puerpérale, tenir compte d'une autre circonstance : la *porte d'entrée de l'infection*, l'utérus. Il proposa d'expliquer la gravité de l'infection par l'étendue de la porte d'entrée, la cavité utérine, avec ses nombreuses veines et ses nombreux lymphatiques, offrant des voies tout ouvertes à l'agent infectieux. Or, cet agent infectieux, le streptocoque retrouvé dans les vaisseaux de l'utérus, ou plus loin dans tout l'organisme, se présentait suivant lui, avec bien d'autres microbes, au niveau de

la muqueuse utérine, mais seul il la traversait et la muqueuse jouait alors vis-à-vis des autres microbes le rôle d'un véritable *filtre.*

« Widal constatait ce dernier fait sans chercher à l'expliquer (1). Il avait donc en somme proclamé le streptocoque, l'agent le plus fréquent de l'infection puerpérale, donnant à cette infection un caractère spécial, dépendant de sa porte d'entrée dans l'économie, et des formes différentes dépendant de sa virulence. »

On vient de voir, magistralement exposée, la doctrine classique. Examinons maintenant ce que nous avons observé dans les cas que nous avons eus sous les yeux.

Ces cas sont un peu disparates ; aussi devons-nous les étudier séparément.

Voici tout d'abord une observation où nous n'avons pas trouvé d'autre microbe pathogène que le gonocoque de Neisser mis en évidence par les examens et les cultures et qui pour ces raisons nous semble mériter l'attention.

OBSERVATION I. — *Infection puerpérale à gonocoques.*

Il s'agit d'une femme de 26 ans, qui contracte la blennorrhagie au cours de sa grossesse ; elle accouche chez une sage-femme qui lui fait des injections vaginales antiseptiques matin et soir. Pendant les 9 ou 10 jours que la malade reste chez la sage-femme elle a des suites de couches parfaitement normales. Elle rentre chez elle et cesse non seulement les injections vaginales antiseptiques, mais encore toute espèce de soins de propreté. Au bout de peu de jours elle se sent prise de malaise, de fièvre, est

(1) Nous devons le regretter infiniment, car cette lacune ne sera sans doute pas comblée de sitôt et nous risquons de ne jamais savoir comment une muqueuse filtre les microbes — *alors qu'elle n'existe pas.* La notion de la caduque et de sa chute sont choses trop connues pour qu'il y ait lieu d'y insister : c'est justement parce qu'après la chute de cette caduque l'utérus puerpéral ressemblait à un utérus curetté, qui en fait de muqueuse ne possède plus que les culs-de-sac glandulaires, que l'infection puerpérale se distingue absolument de l'infection de l'utérus en dehors de la puerpéralité.

obligée de prendre le lit et de se faire transporter à l'hôpital. A son entrée, elle a 39°,5 de température et du pus s'écoule à flots de son utérus. Dans ce pus l'examen aussi bien que les cultures montrent le gonocoque.

Cette observation me semble intéressante parce qu'elle montre bien qu'il n'y a pas que la plaie placentaire qui entre en jeu ici ; l'inoculation du gonocoque dans le tissu cellulaire sous-cutané chez l'homme ne donne en effet rien, comme on sait. Elle montre de plus l'importance, la nécessité de l'examen bactériologique dans ces cas. Il a suffi en effet de quelques lavages intra-utérins largement faits avec la solution au permanganate de potasse pour guérir la malade. Non seulement il n'y avait plus d'écoulement venant de son utérus et il n'y avait pas de fièvre, mais encore plusieurs examens répétés n'ont permis de trouver aucun microbe dans son utérus au moment où elle a quitté l'hôpital.

A part ce fait, je n'en ai observé qu'un où il n'y eût qu'un seul microbe en cause, en apparence du moins. Voici le résumé de cette observation :

Observation II. — *Infection puerpérale coli-bacillaire.*

Il s'agit d'une femme entrée à l'hôpital et morte le lendemain sans que j'aie pu avoir d'autre renseignement sur elle que celui qu'elle avait avorté récemment.

A l'autopsie elle présentait un utérus suppuré, un double phlegmon du ligament large, ou plutôt une lymphangite suppurée des deux ligaments larges et du pus jusque dans les ganglions lombaires.

Le pus de ces ganglions, aussi bien que le contenu de l'utérus, contenaient du coli-bacille et j'ai retrouvé ce même microbe dans les coupes de l'utérus.

Dans tous les autres cas que j'ai observés il s'agissait de fausses couches, avec cette particularité si fréquente de rétentions placentaires partielles ou complètes, sauf un cas d'infection puerpérale après accouchement à terme.

Dans tous les cas, plusieurs microbes entraient en jeu et quatre de ces observations présentaient une particularité intéressante et commune : la présence de bactéries de la putréfaction. En voici un exemple très net :

OBSERVATION III. — *Infection puerpérale mixte (streptocoques et bactéries anaérobies).*

H..., âgée de 33 ans, entre le 10 septembre 1895, salle Chassaignac, à l'hôpital Bichat, dans le service du professeur Terrier.

La malade, qui avait un retard de deux mois et demi environ, a expulsé trois jours auparavant de gros caillots et du sang; elle nie toute espèce de manœuvre abortive.

Au moment où je l'ai vue pour la première fois, le 10 septembre à minuit, elle présentait une température de 39°, de l'agitation avec subdélire, les yeux brillants, la face injectée. Elle fut prise devant moi d'un grand frisson prolongé.

Le toucher montre un utérus gros et mou, à col entr'ouvert, admettant deux doigts et rempli par une masse putrilagineuse.

On pratique immédiatement une évacuation aussi complète que possible de l'utérus suivie de curettage et de cautérisation au chlorure de zinc ; puis on met un gros drain à demeure.

Le lendemain la malade a 37° et se sent très bien. Mais les jours suivants son état devient de moins en moins bon. Elle n'a pourtant que peu de fièvre ; mais les phénomènes de septicémie (vomissements, langue sèche, subictère, etc.) s'accentuent de plus en plus et elle meurt le vendredi 12 septembre à midi. Voici ce que les recherches microbiennes ont donné dans ce cas.

Un frottis fait avec les parties ramenées par le curettage n'a permis de voir que deux espèces : du streptocoque en très petite abondance et une grosse bactérie, se colorant par la méthode de Gram, ayant à peu près les dimensions de la bactéridie du charbon.

Un ensemencement en bouillon produit au bout de 24 heures un trouble uniforme, avec dégagement d'une odeur infecte. Ensemencée dans de la gélatine, soit dans des tubes de Vignal, soit dans de la gélatine bouillie recouverte de gélose ensemencée elle-même de prodigiosus, cette bactérie liquéfie la gélatine.

L'utérus fut enlevé 10 heures après la mort de la malade, par la voie vaginale, l'autopsie n'ayant pu être faite.

Dans les coupes de l'organe nous avons retrouvé le même streptocoque, mais plus abondant que dans les débris placentaires et les caillots enlevés lors de l'intervention, et la bactérie. Non seulement celle-ci existait abondamment à la face interne de l'utérus, mais on en trouvait encore dans l'épaisseur même de la paroi, jusque dans la couche sous-péritonéale.

Dans les trois autres cas observés, les constatations ont été les mêmes.

Des faits de ce genre ne présentent rien de neuf. Dans le travail qu'il a consacré au streptocoque et à l'érysipèle, Achalme en parle très nettement et très explicitement. Non seulement il a démontré expérimentalement que les bactéries banales de la putréfaction ou leurs produits solubles renforcent la virulence du steptocoque et le rendent capable de jouer un rôle pathogène alors qu'il en était absolument incapable au préalable, mais encore il fait remarquer qu'ainsi s'explique le rôle de produits putrescibles séjournant dans l'utérus après l'accouchement ; les microbes de la putréfacfaction y pulluleront, et sous cette influence un germe vaginal inoffensif pourra prendre la virulence nécessaire pour infecter ou tuer suivant le cas.

Non seulement donc Achalme indique le fait, mais il en donne l'explication générale (1) ; ces mêmes bactéries de la putréfaction se trouvent du reste figurées dans une des planches de la thèse de Widal, mais l'auteur ne les a pas étudiées et leur dénie toute importance.

Quoi qu'il en soit, il est permis de se demander s'il n'y a là que le phénomène étudié par Achalme et si, indépendam-

(1) Dans sa thèse (Paris, 1893) l'auteur ne donne que deux faits cliniques à l'appui de son opinion sur le rôle des bactéries de la putréfaction dans l'exaltation de la virulence du streptocoque. Le premier est simplement mentionné dans le texte sans qu'il soit fait mention d'examens bactériologiques. Le deuxième (obs. III) est plus complet. Il y est dit en effet qu'il y avait dans l'utérus des microbes faisant putréfier la gélose, surtout à l'abri de l'air, mais il n'y a pas de description de ces microbes, vraisemblablement les bactéries que nous avons observées.

ment de l'action qu'elles exercent sur le streptocoque, ces bactéries ne jouent pas dans l'infection un rôle qui leur appartienne en propre.

En tout cas leur pénétration profonde dans l'organe envahi est des plus manifestes ; dans notre troisième observation on en trouvait de notables quantités dans le pus péritonéal. Il est donc difficile de ne pas songer à l'idée que nous venons d'émettre.

D'autre part ces faits semblent expliquer en les rattachant l'une à l'autre les deux formes d'infection puerpérale admises en Allemagne. Il y aurait d'abord développement de microbes de la putréfaction (infection saprémique) suivie ou non du développement de microbes pyogènes, plus particulièrement le streptocoque (infection septique).

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, dont l'expérimentation permettra peut-être de vérifier la valeur, voyons ce que nos observations nous ont donné d'autre.

Nous avons déjà dit que dans tous les cas, sauf un cité plus haut, il y avait plusieurs espèces de microbes à la fois : coli-bacille et streptocoque, coli-bacille, streptocoque, et staphylocoque blanc et doré, etc.

Le *caractère polymicrobien de ces infections* me semble très intéressant, à signaler, ne serait-ce que pour expliquer l'inaction du sérum anti-streptococcique dans certains cas où pourtant il y a du streptocoque.

Malheureusement j'ai été placé dans de très mauvaises conditions au point de vue de cette étude, et parce que je n'ai eu que très peu de malades de cette catégorie accessibles à mon observation, et parce que ces malades avaient presque toutes des infections post-abortives avec rétentions placentaires.

Il est évident que les conditions sont tout autres lorsque l'infection se réalise après des couches à terme, sur un utérus complètement vide. Il ne m'a été donné d'observer qu'un cas de ce genre, et encore n'ai-je pu étudier que des coupes de l'organe. Même dans ces coupes la multiplicité des agents

de l'infection était visible et cette multiplicité a d'ailleurs été constatée par M. Roux dans l'examen et les cultures qu'il a faits, ainsi que par M. Marmorek.

Si les cas que nous venons d'indiquer rapidement sont trop peu nombreux et probants pour qu'on puisse même songer à y trouver des affirmations, ils me semblent néanmoins poser des questions. Et, sauf certains cas nets et moins fréquents aujourd'hui qu'autrefois, on peut se demander avec quelque raison si le mécanisme habituel de l'infection puerpérale se ramène à la simple inoculation d'un germe pathogène au niveau d'une plaie? D'où vient ce microbe et sa virulence? Comment il pénètre dans l'utérus ?

Le problème paraît plus compliqué que celui de l'infection des plaies chirurgicales, qui lui-même est plus compliqué qu'il ne le semble de prime abord. Les questions de symbiose que nous avons indiquées paraissent le dominer et en particulier régir dans une certaine mesure la gravité si différente de ces infections suivant les cas.

Observation IV. — *Infection polymicrobienne post-abortum.*

Joséphine R..., femme H..., âgée de 37 ans, entre le 3 novembre 1895, salle Chassaignac, dans le service du professeur Terrier, à l'hôpital Bichat.

Cette femme entre à l'hôpital pour une fausse couche de 3 mois qui s'accompagne de rétention placentaire ; 37°,8 de température. Le 4 novembre on lui évacue l'utérus par un curettage et on place un drain ; elle meurt le 5 novembre dans la nuit avec 39°,2 de température. Je n'ai malheureusement et ne puis donner d'autres renseignements cliniques.

Le 6 novembre j'ai pratiqué l'ablation de l'utérus, n'ayant pu faire une autopsie complète; cet organe est gros, mou, sans abcès dans la paroi, ligaments larges normaux ; pas d'épanchement péritonéal.

L'utérus est vide, complètement ; sa face interne, lisse, est recouverte d'un enduit semblable à de la boue brune.

L'ensemencement sur gélose donne des colonies de staphylocoque blanc et doré, de streptocoque, et de coli-bacille; numéri-

quement, ce sont les colonies de ce dernier microbe qui prédominent.

Ce sont les seuls microbes que j'ai obtenus dans les cultures, n'ayant pas fait de cultures anaérobies dans ce cas; mais dans les frottis et les coupes de l'utérus j'ai également constaté la grosse bactérie prenant le Gram dont j'ai déjà parlé plusieurs fois; elles se trouvent en différents points de la préparation, surtout nombreuses dans la couche sous-péritonéale où elles forment de véritables amas; on en voit également le long de certains vaisseaux thrombosés.

OBSERVATION V. — *Infection puerpérale polymicrobienne.*

Il s'agit d'une femme d'une trentaine d'années, amenée à l'hôpital quelques jours après un avortement, profondément infectée; malgré un curettage et des injections intra-utérines antiseptiques elle ne tarda pas à succomber. Malheureusement nous n'avons pu nous procurer d'autres renseignements cliniques sur cette malade.

AUTOPSIE, le 16 mars 1896. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une péritonite avec adhérences nombreuses et collections purulentes surtout abondantes dans le petit bassin ; les anses intestinales sont de plus recouvertes, ainsi que les ovaires, de membranes fibrineuses se détachant facilement.

Rien aux reins, ni à la rate, sauf que celle-ci est un peu flasque. Le foie présente l'odeur du foie gras.

Utérus et annexes. Trompes purulentes mais non augmentées de volume. Abcès du volume d'un gros haricot dans l'ovaire gauche.

En avant de l'utérus, entre cet organe et la vessie, on trouve un peu à gauche de la ligne médiane un abcès du volume d'une noisette, se prolongeant en trajet étroit le long et à gauche de l'utérus qu'il contourne ; cette traînée de pus paraît s'être développée à l'intérieur d'un vaisseau.

La paroi utérine amincie ne présente pas d'abcès à la coupe. A la face interne de l'utérus, partout tapissée d'un enduit gris rougeâtre, on trouve en avant et à gauche, près du fond, un fragment de cotylédon placentaire.

L'*examen* du pus péritonéal y montre de nombreux cocci, groupés surtout sous forme de chaînettes, ainsi que des staphylo-

coques et quelques gros et longs bacilles ; tous ces microbes prennent le Gram.

Le pus de l'ovaire ne contient presque rien que des streptocoques.

Le pus de la cavité utérine renferme de très nombreux microbes (staphylocoques, streptocoques) ; mais ce qui prédomine d'une façon très manifeste, c'est le très gros bacille prenant le Gram que nous avons déjà vu deux fois.

Les cultures n'ont donné que des staphylocoques et des streptocoques ; malheureusement le seul tube ensemencé anaérobiquement n'a pas été cultivé, de sorte que je n'ai pu avoir la preuve absolue qu'il s'agissait bien de la même bactérie que dans les 2 cas précédents.

Des *coupes* de l'utérus colorées par la méthode de Gram m'ont fait retrouver les mêmes microbes ; je noterai tout particulièrement que le bacille se trouvait non seulement dans les parties les plus internes de la paroi, mais encore, en abondance, dans la couche sous-péritonéale de celle-ci.

Observation VI. — *Infection puerpérale polymicrobienne (coli-bacilles et streptocoques)* (Résumée).

Mathilde Th..., entre le 16 décembre 1896, salle Chassaignac, nº 7, dans le service du professeur Terrier, suppléé par le Dr Hartmann, à l'hôpital Bichat.

Avortement de 6 semaines il y a 5 jours ; la malade n'a reçu à peu près aucuns soins chez elle ; elle a eu pendant tout ce temps des pertes de sang abondantes qui l'ont profondément anémiée.

Actuellement elle est fébricitante (39°,4) ; le toucher intra-utérin fait sentir une masse placentaire ; la mauvaise odeur est peu marquée et il ne s'écoule que du sang sans rien qui ressemble à du pus. Pas de douleurs.

Le 17, on endort la malade et on évacue complètement l'utérus à la cuillère et la curette. Cautérisation au chlorure de zinc. Lavage intra-utérin. On place dans l'utérus un gros drain enveloppé de gaze iodoformée. Injection d'un gramme d'ergotine à cause de l'écoulement sanguin qui persiste.

L'état de la malade s'améliore d'abord un peu sous l'influence du traitement (injections sous-cutanées de sérum artificiel, caféine, alcool) et le lendemain de son opération sa température était

presque normale, mais le surlendemain la température remontait à 39°,2 ; les accidents infectieux, qui n'avaient jamais cessé complètement, allèrent s'aggravant ; la malade présentait un peu de subictère et semblait devoir succomber rapidement. En l'absence de manifestations péritonéales le Dr Hartmann résolut d'enlever l'utérus, foyer principal d'infection.

Le 25 décembre 1896 il pratiquait une hystérectomie abdominale. On put constater alors l'intégrité absolue du péritoine, aussi bien que des annexes et des ligaments larges. L'opération du reste fut facile et rapide (27 minutes en tout) ; l'état ne fut en rien modifié ; la malade était dans un état de subdélirium avec la bouche sèche, de la diarrhée et succomba dans la nuit du 27 au 28 sans le moindre symptôme péritonéal, par continuation de sa septicémie. L'autopsie ne put être faite.

L'*examen* des parties enlevées par le curettage ne montra qu'un bacille se décolorant par le Gram, mais les cultures mirent en évidence du streptocoque en même temps que du coli-bacille.

On trouva les mêmes microbes dans l'utérus enlevé, et on put en même temps constater que la paroi interne de l'organe était parfaitement nette et lisse dans toute son étendue, sans trace de débris quelconques.

OBSERVATION XVII. — *Infection puerpérale poly-microbienne.* (Résumée.) Due à l'obligeance de M. le professeur PINARD (1).

Marie Ch..., primipare, âgée de 24 ans, entre le 13 janvier 1897 à la clinique Baudelocque, à 1 heure de l'après-midi.

Cette femme est dans un état de malpropreté extrême au moment de son entrée.

Albuminurie considérable, dont le dosage n'a pas été fait.

A son entrée, température 36°,9; pouls : 78.

Les membranes se rompent au moment où la femme se met au lit ; le liquide amniotique est vert. Présentation du sommet en gauche transverse. Bassin vicié. Diamètre P.-S.-P. = 104 mm. L'engagement ne se faisant pas, M. Lepage décide de faire une

(1) Je tiens à remercier M. le professeur Pinard, non seulement pour cette intéressante observation, mais encore pour son amabilité à mon égard pendant le temps où j'ai pu profiter de son enseignement, faisant mon stage obstétrical à la clinique Baudelocque.

symphyséotomie ; celle-ci est faite à 8 h. 30 du soir. L'enfant est extrait par version podalique, une application régulière de forceps étant impossible.

Forte hémorrhagie au moment de la délivrance artificielle (Bouffe de Saint-Blaise).

Écartement provoqué maximum = 6 centimètres; déchirure du vagin.

Le 14 janvier, temp. 38° m., 38°,5 s. Injection de 10 grammes de sérum et de 500 grammes de sérum artificiel.

Le 15. Temp. 39°,3 m., 38° s. Injection de 20 grammes de sérum Marmoreck et de 1 litre de sérum artificiel. Irrigation continue. L'ensemencement du sang de la malade reste stérile.

Le 16. Temp. 37°,4 m., 35°,2 s. Irrigation continue. Curettage de l'utérus. Injection de 20 grammes de sérum Marmoreck et de 500 de sérum artificiel.

Le 17. Temp. 37° m., 38°,2 s. Irrigation continue; 10 grammes de sérum Marmoreck, 100 grammes de sérum artificiel.

Le 18. Temp. 38°,6 m., 39°,6 s. Irrigation. 1 litre de sérum artificiel, 40 gr. de sérum Marmoreck. 2 frissons.

Le 19. Temp. 40°,6 m., 38°,6 s. 2 frissons; 40 grammes de sérum de Marmoreck, 1 litre de sérum artificiel.

Le 20. Temp. 38°,2 m., 39° s. Injection de 40 grammes de sérum de Marmoreck et de 1,500 grammes de sérum artificiel, 4 frissons.

Le 21. Temp. 40° m., 39°,4 s. Frisson. Injection de sérum artificiel; on constate du sphacèle de la région vulvo-vaginale.

Le 22. Temp. 39°,2 m., 40°,6 s. 2 frissons; 1,500 grammes de sérum.

Le 23. Temp. 38°,2 m., 40°,2 s. Sérum artificiel, quinine.

Le 24. Temp. 38°,6 m., 40°,6 s. Même traitement; délire.

Le 25. Temp. 40°,2 m., 40°,2 s. Écoulement sanieux abondant venant du vagin ; irrigation vaginale continue; malade presque inconsciente.

Le 26. Temp. 41°,5. La malade meurt à 11 heures du matin.

Autopsie, pratiquée le lendemain matin.

Péritoine sain, pas trace d'adhérences.

Annexes normales; utérus revenu.

Dans le cul-de-sac vésico-utérin, une cuillerée à café de liquide louche dont M. Marmoreck a fait une prise.

On ne voit rien d'anormal en regardant la région opératoire par

le bassin. A droite de l'utérus et de la vessie, par transparence, on aperçoit un épanchement sous-péritonéal qui paraît fuser le long de la gaine de l'iliaque externe et qui s'étend un peu dans la fosse iliaque droite.

Au premier abord la plaie symphysienne paraît réunie par première intention, bien que les fils soient enlevés; mais on décolle facilement les adhérences et on tombe en arrière sur une poche dans laquelle on pourrait loger une noix ; les parois de cette loge sont sphacélées; elle contient un liquide d'odeur infecte dont M. Marmoreck fait une prise.

En pratiquant le toucher vaginal on pénètre dans cette loge et la communication qui semble située à droite de la ligne médiane admet facilement trois doigts.

De la plaie opératoire on pénètre dans deux diverticules dont l'un s'en va à droite à 9 centimètres, et l'autre à gauche à 6 centimètres; ces deux diverticules sont remplis de liquide sanieux.

En avant de la symphyse existe un cul-de-sac qui s'étend sur une distance de 3 centimètres environ entre les téguments et le bassin.

Les poumons présentent à droite quelques adhérences récentes au niveau du lobe supérieur.

Prise de sang dans le ventricule droit.

Foie muscade, pèse 2 kilogrammes.

Les reins se décortiquent facilement, mais plusieurs pyramides paraissent malades à l'œil nu. Rate pèse 400 grammes.

L'utérus est revenu sur lui-même, mais à la coupe ses vaisseaux sont gorgés de pus dans les trois quarts internes de son épaisseur environ, le segment externe en paraissant exempt; le col utérin est sphacélé.

M. Marmoreck, qui s'est chargé de *l'examen bactériologique* des liquides, a bien voulu me donner les renseignements suivants:

Le liquide péritonéal contenait du bactérium coli à l'état de pureté ; au niveau de la plaie opératoire on trouvait : des streptocoques, des staphylocoques, du coli-bacille et un bacille anaérobie fin se colorant par la méthode de Gram ; au niveau du col utérin il y avait du coli, du streptocoque et deux espèces de bacilles anaérobies, celui vu plus haut et un autre ayant les dimensions et l'aspect de la bactéridie charbonneuse, se colorant également par la méthode de Gram. Le sang du cœur ne contenait pas de microbes.

Les coupes que j'ai faites de l'utérus m'ont montré deux particularités méritant d'être retenues ici : les microbes occupaient les veines et les lymphatiques jusqu'à 1 centimètre environ du péritoine et la thrombose des vaisseaux s'élendant plus loin paraissait avoir apporté un obstacle à leur progression au delà ; d'autre part,ces microbes étaient représentés par trois espèces au moins : staphylocoque, streptocoque et le bacille anaérobie fin décrit ci-dessus.

ÉTUDE SUR LE DÉTROIT SUPÉRIEUR DU BASSIN NORMAL DANS LA RÉGION LYONNAISE

Par le Dr **F. Commandeur**,
Ancien aide d'anatomie,
Moniteur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon.

Nous avons eu l'occasion l'année dernière, en faisant quelques recherches sur les bassins rétrécis, d'examiner un assez grand nombre de bassins normaux. Nous eûmes l'idée alors d'étudier quels étaient les caractères du bassin normal dans la région lyonnaise, tant au point de vue de sa forme que de ses dimensions. C'est cette étude, qui porte sur 94 bassins normaux, dont je veux développer les résultats.

Rien n'est aussi malaisé que de définir de façon précise en anatomie ce qu'est le bassin normal. La chose est relativement facile en clinique : un bassin normal est celui qui, par sa forme et ses dimensions, laisse passer une tête fœtale à terme, d'ossification moyenne, sans déformations notables et sous l'influence de contractions utérines de moyenne intensité, cette tête passant en position oblique et en attitude modérément fléchie... Mais la définition anatomique est autrement difficile à donner, et on ne saurait trop insister sur ce qu'a d'artificiel le type du bassin normal tel qu'on le trace en anatomie.

Le bassin normal anatomique est un bassin purement idéal, tellement idéal que nous n'avons pu en rencontrer un seul

sur les 94 bassins que nous avons mesurés. Nous ne faisons en tout cela que confirmer l'opinion de tous ceux qui ont mesuré un grand nombre de bassins à l'amphithéâtre.

« Ce type du bassin normal, dit Depaul, paraît être si rare que s'il fallait ranger dans les bassins viciés tous ceux qui n'en présentent pas une image fidèle, on aurait grand' peine d'en trouver de loin en loin un exemplaire irréprochable. Ainsi de 50 bassins recueillis par Nægele sur des cadavres de femmes paraissant bien conformées et dont aucune n'avait eu d'accouchement difficile, pas un ne fut jugé propre à la description du bassin régulier. Il en fut absolument de même de 45 bassins réunis par les soins du professeur Otto, de Breslau. »

C'est la même opinion que professent Nægele et Grenser, Lusk, Joulin, Barnes, Schröder. Les bassins non seulement s'écartent tous du type normal, mais encore diffèrent très notablement entre eux, et Schröder déclare que « les différences individuelles des bassins de femmes sont très grandes ».

Il n y a donc pas, à proprement parler, un bassin normal, mais des bassins suffisants, et la limite entre ceux-ci et les bassins rétrécis ne peut nous être fournie que par les données de la clinique.

Le bassin normal ne doit être considéré, comme le dit Barnes, que comme un bassin étalon, et uniquement cela. « On ne le construit pas en prenant les moyennes sur un grand nombre de bassins quelconques mais de bassins choisis. Le meilleur choix serait celui qui serait fait entre des bassins de femmes ayant prouvé par des accouchements normaux leur capacité parturiente. »

C'est en somme un point de repère, un schéma qui sert de point de comparaison et qui permet de définir un bassin donné. Pratiquement, toutes les femmes diffèrent par leur bassin au moins autant que par leur visage. Nous partirons néanmoins de ce type du bassin normal anatomique pour grouper et définir nos bassins suffisants et nous adopterons

les chiffres donnés par les classiques modernes et qui sont les suivants :

Diamètre	sacro-pubien minimum.......	10	centim. 5
—	transverse maximum.........	13	— 5
—	transverse médian...........	12	—
—	obliques.....................	12	—
Distance	sacro-cotyloïdienne...........	9	—

Les bassins suffisants présentent au premier abord une telle variété qu'il est difficile d'en faire une classification rigoureuse. Chacun des diamètres du bassin normal peut en effet varier indépendamment des autres, même les diamètres pairs comme les obliques et les sacro-cotyloïdiennes. Il en résulte une foule de combinaisons où l'on trouve un ou plusieurs diamètres diminués ou agrandis, les autres variant dans le même sens ou en sens inverse, c'est-à-dire agrandis ou diminués. Ainsi, par exemple, un bassin peut avoir ses obliques et son sacro-pubien allongés alors que le transverse conserve ses dimensions normales ou est diminué, ou au contraire, ce sera le transverse qui sera agrandi avec les obliques et le sacro-pubien conservé ou diminué.

Mais il est à remarquer, et c'est un point sur lequel nous insistons, que les obliques constituent d'une façon générale le diamètre le plus fixe du bassin. C'est certainement celui qui, de tous, diminue le moins, et toutes les fois qu'on le trouve réduit, on peut affirmer que les deux autres diamètres cardinaux ou au moins le transverse ont subi une réduction correspondante.

Il nous a paru utile de chercher à définir les différentes modalités de variations des diamètres du bassin quant à leurs dimensions. Voici comment, en les rapportant au bassin normal type, on peut les classer :

1° Tous les diamètres cardinaux (1) sont augmentés ou

(1) Nous appelons diamètres cardinaux le sacro-pubien, le transverse et les deux obliques.

diminués en même temps, soit également (et alors leur rapport normal est conservé ; exemple : bassin généralement grand, bassin généralement petit), soit inégalement (bassin grand circulaire, grand bassin à prédominance du sacro-pubien).

2° Deux des diamètres peuvent être augmentés, le troisième étant conservé ou diminué (ex. : grand bassin aplati). Ou bien ces deux diamètres sont conservés et le troisième diminué (bassin moyen aplati).

3° Un seul des diamètres peut être augmenté, les deux autres étant conservés (ex. : bassin moyen à sacro-pubien dominant, bassin moyen circulaire, bassin moyen à oblique dominant).

4° Un seul des diamètres est conservé, les deux autres étant diminués (bassin petit à sacro-pubien dominant).

D'ailleurs, ces modalités de variations sont infinies dans leurs nuances et c'est cette infinité qui fait que le bassin d'une femme donnée possède son individualité et le distingue des autres. De ce fait découle aussi cette conséquence qu'il y a entre ces quatre grandes classes des points de contact et de transition, si bien qu'il est quelquefois difficile de placer un bassin dans l'une ou l'autre de ces classes.

Il est bien entendu que dans ces données générales, nous considérons les deux obliques comme marchant toujours de pair, c'est-à-dire variant également. Nous verrons en serrant de plus près la question que ce n'est cependant pas l'expression exacte de la vérité, puisque ordinairement les bassins suffisants sont asymétriques à un degré plus ou moins prononcé.

Nous allons maintenant étudier les faits de plus près et chercher à grouper nos bassins normaux d'après leurs caractères communs en des classes précises.

Comme le font remarquer Nægele et Grenser, Barnes, les bassins diffèrent entre eux au point de vue de leur volume général, ce qui permet de les diviser en bassins grands, moyens et petits. Nous acceptons cette division, mais en

précisant la définition; et nous dirons qu'un bassin est grand lorsque sont augmentés ses 3 diamètres cardinaux ou au au moins 2 de ces diamètres ; l'autre diamètre en effet peut conserver sa longueur normale ou même être diminué quoique l'augmentation de surface de l'aire du détroit supérieur soit perceptible à l'œil qui le compare à l'aire d'un bassin normal type. Il ne faut pas tenir compte évidemment des augmentations trop faibles et nous ne considérons un diamètre comme agrandi que lorsqu'il dépasse d'au moins 5 millim. les dimensions normales. Il faut encore faire remarquer que l'oblique constitue toujours l'un des deux diamètres agrandis, l'autre étant formé, tantôt par le sacro-pubien, tantôt par le transverse.

Le bassin est petit lorsque ses 3 diamètres ou 2 au moins de ces diamètres sont diminués. Il est moyen lorsque ces mêmes diamètres oscillent autour du chiffre normal.

Les variations d'un seul diamètre n'influencent pas de sensible façon l'étendue du détroit supérieur et ne modifient guère en somme que sa forme en lui donnant tel ou tel type.

Les variations des obliques jointes à celles de l'un des deux autres diamètres constituent la base de l'agrandissement ou de la diminution du bassin. Mais disons dès maintenant que nous considérons l'oblique comme ayant 12 centim. 5, et c'est de ce chiffre que nous compterons les variations de ce diamètre. Nous établirons plus loin par des chiffres pourquoi nous avons assigné à l'oblique cette limite moyenne.

Des bassins grands.

Un bassin grand implique donc que les deux obliques plus l'un des deux autres diamètres, ou les deux autres sont agrandis ! Avant d'entrer dans l'étude détaillée de leurs variétés il nous faut dire quelle est leur fréquence.

Tous les bassins que nous avons rangés dans cette catégorie ont des obliques d'au moins 13 centim. Dans quelques-uns cependant un des deux obliques n'atteint pas

tout à fait ce chiffre, mais cette infériorité est compensée par l'augmentation de l'autre oblique notablement supérieur à 13 ou par ce fait que le sacro-pubien et le transverse sont augmentés à la fois. Il n'y a d'ailleurs entre les bassins grands et les moyens pas de limite précise, pas plus qu'entre les moyens et petits et les limites que nous avons créées sont purement artificielles, commodes seulement pour la classification.

Sur 94 bassins suffisants nous en avons trouvé 38 remplissant les conditions de la définition du bassin grand, soit 40 p. 100 ou environ deux sur cinq. Cette proportion élevée démontre donc que le bassin des femmes de la région lyonnaise est fréquemment un grand bassin.

Voyons maintenant les variétés de forme des bassins grands. Elles sont dominées par ce fait que, les obliques étant augmentés, c'est tantôt le sacro-pubien, tantôt le transverse, tantôt les deux qui varient parallèlement à lui. La définition de ces variétés et leur classification fera mieux comprendre. Les bassins grands peuvent se ranger en 4 classes.

1° *Bassin généralement agrandi.* — Tous les diamètres sont augmentés dans la même proportion de sorte que la forme du bassin normal type s'y retrouve.

2° *Grand bassin aplati.* — Les obliques et le transverse sont augmentés, mais le sacro-pubien reste fixe ou est diminué.

3° *Grand bassin à sacro-pubien dominant* (1). — Les obliques sont augmentés, le tranverse peut l'être aussi ou seulement conservé, mais le sacro-pubien prend des proportions considérables. A cette forme confine la 4e.

4° *Grand bassin circulaire,* caractérisé par l'égalisation de tous les diamètres cardinaux du bassin avec saillie insigni-

(1) Par cette dénomination nous n'entendons pas dire que le sacro-pubien est plus grand que les autres diamètres, mais que ses dimensions par rapport aux autres diamètres sont prépondérantes.

fiante du promontoire sur le contour du détroit supérieur.

Joulin dans son traité se montre sceptique quant à l'existence de ces formes et d'autres que nous trouverons en étudiant les bassins moyens et petits.

Nous ne sommes nullement de son avis et les classes que nous admettons s'imposent par les chiffres mêmes.

A. — *Le bassin généralement agrandi* peut présenter de nombreuses variations quant à ses dimensions. Tandis que les uns confinent presque au bassin moyen, on en voit d'autres atteindre des dimensions considérables. Ce sont de véritables bassins géants. Nous en possédons un dont le sacro-pubien a 12 centim., 5, le transverse 15 centim. et les obliques dépassent 14 centim. Un autre possède des dimensions légèrement inférieures. En général le sacro-pubien oscille autour de 11 centim. à 11 centim.,5, le transverse varie de 14 à 14,5, et les obliques de 13 à 13,5; on peut pour ainsi dire les ranger par ordre progressivement croissant depuis le plus inférieur qui est à la limite du bassin moyen jusqu'au bassin géant dont nous parlions tout à l'heure.

Comme fréquence nous avons trouvé 16 bassins généralement agrandis sur 30 bassins grands, soit environ 4 sur 9, soit 42 p. 100 des bassins grands.

B. — *Le grand bassin aplati* est un peu moins fréquent. Nous en trouvons 12 sur 38, soit environ 1 sur 3 ou 31 p. 100 des bassins grands.

C'est dans cette classe que nous voyons apparaître les diamètres transverses les plus considérables. Ils oscillent ordinairement entre 14,5 et 15 (1) et ce fait est bien en rapport avec ce que nous savons du bassin aplati, à savoir que la réduction même relative du sacro-pubien s'accompagne souvent d'un allongement du transverse.

Un de ces grands bassins aplatis possède des dimensions telles que le transverse atteint 16 cent., 5 et les obliques 15 cent. alors que le sacro-pubien ne possède que 10 cent. 5.

(1) Et dépassent 15 dans 4 cas.

C'est là un des plus beaux spécimens de grand bassin aplati que nous ayons trouvé.

Ici encore nous trouvons toute une série d'intermédiaires qui relient le grand bassin aplati au bassin généralement agrandi et au bassin moyen. L'aplatissement n'existe pas en effet au même de degré dans tous ces bassins et le sacro-pubien, qui varie ordinairement entre 10 et 10,5, peut descendre jusqu'à 9,5 avec un transverse atteignant cependant 14,5. Quant aux obliques, ils dépassent ordinairement 13 centim.

C. — *Le grand bassin à sacro-pubien dominant* forme une classe plus rare que les précédentes. Nous en avons trouvé 8 sur 38 bassins grands, soit 1 sur 5 ou 20 p. 100 des grands bassins. Dans presque tous ces bassins (sauf deux) le sacro-pubien dépasse 12 centim. et oscille autour de 13 centim.,5, atteignant dans un cas 12 centim.,9. Les obliques sont, bien entendu, agrandis, mais il est remarquable de voir que le transverse conserve ordinairement ses dimensions normales et rarement se trouve agrandi de façon sensible; deux fois seulement il dépasse 14.

D. — *Grand bassin circulaire.* — Les diamètres ici tendent à devenir sensiblement égaux. Ce sont des bassins rares. Nous en possédons seulement deux, soit 1 sur 19 ou 5 sur 100. L'un d'eux est constitué de la façon suivante : Le transverse reste normal (13,4) et les deux obliques ainsi que le sacro-pubien augmentent jusqu'à dépasser 13 centim., de telle sorte que ce bassin nous présente un conjugué vrai de 13,7. Dans le second cas, au contraire, les deux obliques augmentés sont à 13 centim., et on voit d'une part le sacro-pubien monter à 12, alors que le transverse descend à ce chiffre.

Dans le premier cas, il y a donc augmentation (plus marquée il est vrai sur le diamètre sacro-pubien) des obliques et du conjugué vrai pour rejoindre le transverse resté fixe.

Dans le deuxième cas il y a au contraire augmentation du sacro-pubien et diminution presque parallèle du transverse pour rejoindre les obliques légèrement augmentés.

Ces bassins réalisent donc, au point de vue de la forme, le détroit supérieur du nouveau-né.

Des bassins moyens.

Les bassins moyens sont tous ceux qui par leurs dimensions se rapprochent du bassin normal type. Nous en avons recueilli 46 sur 95 bassins suffisants, ils en constituent donc presque la moitié. Mais là encore il nous faut établir des classes et nous retrouvons les 4 catégories de forme que nous avons décrites plus une cinquième, rare, que nous avons dû créer. Nous décrirons donc :

1° Le bassin moyen ou normal.

2° Le bassin moyen aplati.

3° Le bassin moyen à sacro-pubien dominant.

4° Le bassin moyen circulaire.

5° Le bassin moyen à obliques dominants.

A. — *Le bassin normal.* — Nous insisterons peu sur lui. Rappelons seulement qu'il n'y en a pas qui puisse être exactement superposable au bassin type normal et qu'il y a entre chaque bassin des différences individuelles suivant que tel ou tel diamètre est un peu plus court ou un peu plus long dans les limites de 5 millim. que nous avons admises.

Il faut encore faire remarquer que toujours les obliques sont supérieurs à 12 centim., fait sur lequel nous reviendrons.

Ces bassins normaux ou à peu près sont au nombre de 17 sur 46 bassins moyens, c'est-à-dire représentent une proportion de 3 sur 8 ou 37 p. 100 des bassins moyens.

B. — *Le bassin aplati moyen* a ses obliques conservés, son transverse conservé ou agrandi et son sacro-pubien diminué.

Le plus souvent le transverse est simplement légèrement augmenté, rarement il atteint 14 ou le dépasse. C'est surtout le sacro-pubien qui est réduit et cette réduction oscille depuis 10,5 jusqu'à 9,5 qui constitue la limite du bassin rétréci, et 15 fois sur 17 le sacro-pubien est inférieur à 10 centim.

Ce ne sont pas là en somme des bassins fortement aplatis, mais ils se séparent néanmoins nettement du bassin moyen. Nous en avons 18 qui représentent sur 46 bassins moyens une proportion environ de 1 sur 3, ou plus exactement 37 p. 100 des bassins moyens.

C. — *Les bassins moyens à sacro-pubien dominant* sont comme dans les grands bassins, en proportion faible. Les dimensions du conjugué vrai oscillent autour de 11 centim. 5, deux fois seulement elles atteignent 12,5 et même 12,7. Nous en avons 8 sur 6 ou 17 p. 100 des bassins moyens.

D. — *Les bassins moyens circulaires* sont encore plus rares, 2 sur 46 bassins moyens, soit 1 sur 23 ou un peu plus de 4 p. 100. Nous ne pouvons que répéter ce que nous avons dit du grand bassin circulaire et nous retrouverons les deux modes de formation de ces bassins, c'est-à-dire :

1° Par augmentation des obliques et du sacro-pubien (13 centim.) qui tendent à l'égalité avec le transverse à peu près fixe.

2° Par augmentation du sacro-pubien et diminution du transverse qui tendent vers l'oblique qui a ses dimensions normales.

E. — Quant aux *bassins moyens à obliques prédominant*, ils sont rares (2 sur 46, soit 4 p. 100) et ne se remarquent que par l'augmentation pure et simple des obliques, les autres diamètres ne variant pas. Il s'agit là vraisemblablement d'une augmentation de la courbure de l'arc intérieur du bassin, car les sacro-cotyloïdiennes présentent d'assez grandes dimensions (9 centim. environ). *(A suivre.)*

VERSION APPLIQUÉE A UN CAS DE RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN. EXTRACTION FACILE. MORT DE L'ENFANT AU TROISIÈME JOUR

Par le Dr **G. Fieux.**

Marie X..., âgée de 28 ans, entre le 20 juillet à la Maternité de Bordeaux.

Ses antécédents, soit héréditaires, soit personnels, ne présentent rien qui mérite d'être signalé.

Elle aurait fait ses premiers pas à 11 mois et demi et depuis cette époque sa marche n'a été troublée par aucune affection.

Réglée bien régulièrement depuis l'âge de 14 ans.

Il y a 4 ans, première grossesse qui fut bien conduite jusqu'au terme. Le travail fut très long. Trois applications de forceps, durant lesquelles l'enfant succomba, furent tentées sans résultat. L'accouchement fut terminé par une basiotripsie. M. le Dr Lefour qui fut appelé à la campagne pour pratiquer ce dernier temps de l'intervention, put nous dire que l'enfant, volumineux, du sexe masculin, était en présentation de la face, variété frontale.

Les suites de couches furent compliquées par l'apparition d'une phlébite qui tint la malade au lit une cinquantaine de jours.

La menstruation reparaît régulière comme auparavant et à la fin de 1895, Marie X... retombe enceinte. Les dernières règles ont apparu du 28 au 30 octobre. Cette deuxième grossesse évolue sans incidents. Les premiers mouvements actifs sont perçus au commencement du mois de mars.

Elle se présente dans le service le 20 juillet, c'est-à-dire dans les premiers jours du neuvième mois. Le fond de l'utérus est à 27 centimètres au-dessus du pubis. Le fœtus vivant, bien développé, se présente par le sommet en O. I. G. T. La tête est mobile au détroit supérieur. Bassin aplati.

Diamètre promonto-sous-pubien, 102 millimètres ; symphyse pubienne paraissant normale comme épaisseur, hauteur et inclinaison.

Rien dans l'aspect général de cette femme ne fait prévoir la viciation pelvienne dont elle est atteinte.

Nous décidons de laisser la grossesse aller jusqu'à son terme, quitte à recourir alors à l'agrandissement momentané du bassin, si, comme la chose était très probable, la tête ne s'engageait pas d'elle-même.

Le 19 août le travail se déclare. Début des douleurs à une heure du matin. Dès les premières contractions, alors que la tête était encore mobile au-dessus de l'excavation, on peut facilement constater que la tête a tendance à se défléchir : sinus entre le dos et l'occiput, perception du front et de la racine du nez à travers le segment inférieur. A 7 heures du soir la dilatation est complète. A ce moment, rupture provoquée des membranes après avoir, autant que possible, maintenu la tête fléchie en contact avec le détroit supérieur.

Tout est prêt pour pratiquer la symphyséotomie.

Mais au bout d'une dizaine de minutes la tête reprend brusquement sa position primitive, le front bas, en même temps qu'une anse de cordon tombe dans le vagin.

Les tentatives de réduction de l'anse herniée restent infructueuses. Les bruits du cœur deviennent presqu'aussitôt lents et irréguliers. Expulsion de méconium.

L'état de l'enfant nous paraît trop menacé pour attendre l'extraction après section symphysienne, et nous nous décidons à pratiquer immédiatement la version.

L'évolution du fœtus, après saisie d'un pied est excessivement pénible, mais l'extraction de la tête par la manœuvre de Champetier de Ribes se fait sans difficulté.

L'enfant, une belle petite fille, naît en état d'asphyxie, mais est vite ranimée.

Poids = 3,290.

D. Bi-pariétal = 98 millim.

Nous nous félicitions de ce succès facile, sans avoir eu recours à l'ouverture du bassin, lorsque dans la nuit du 2e au 3e jour l'enfant qui jusque-là n'avait manifesté aucun malaise, pâlit brusquement.

La respiration devient faible, les bruits du cœur de moins en moins perceptibles.

En quelques minutes l'enfant meurt, après avoir présenté des convulsions limitées au côté gauche.

Extérieurement la tête ne présente aucune trace de trauma-

tisme. Mais après l'ablation de la calotte crânienne, on distingue sous les méninges, du côté droit, une énorme collection sanguine qui recouvre tout l'hémisphère correspondant. En effet, sous la dure-mère incisée se trouve un très volumineux caillot qui s'est pour ainsi dire moulé dans l'espace que l'hémorrhagie s'est faite de force entre la dure-mère et la substance cérébrale recouverte dès autres feuillets méningés.

Les dimensions sont de 5 centimètres sur 8.

Son poids est de 38 grammes.

Un instant nos recherches pour trouver la source de l'écoulement sanguin sont vaines ; et cependant il devait exister une brèche assez large pour expliquer une hémorrhagie si prompte et si abondante.

Enfin nous finissons par découvrir, intéressant la paroi du sinus latéral, une petite déchirure verticale de 1 millim. 1/2 de longueur, siégeant juste sur la ligne d'union du temporal et de l'occipital.

Le pourquoi et le comment de cette lésion ne peuvent être expliqués d'une façon certaine. Néanmoins, le siège de la déchirure permet de supposer qu'elle s'est produite de la façon suivante :

Au moment du passage dans l'anneau pelvien rétréci, de la tête volumineuse, il y a eu forcément réduction de celle-ci et chevauchement des os. Or, comme au niveau du sinus latéral la dure-mère est adhérente aux pièces osseuses et particulièrement sur la ligne des sutures, il est probable que sous l'influence du déplacement des os, il y a eu tiraillement de la dure-mère et rupture au niveau même du sinus.

Une partie de la paroi, l'endothélium peut-être aurait encore résisté jusqu'à ce qu'une exagération de pression provoquée par des pleurs, des cris, etc., soit venue rompre les digues et déterminer l'accident que nous avons signalé.

Tout ceci évidemment n'est que pure hypothèse. Ce qui est certain c'est que l'hémorrhagie qui a tué l'enfant a eu comme source la déchirure d'un sinus de la dure-mère, déchirure déclarée à la suite d'une extraction, tête dernière, à travers un bassin modérément rétréci.

Il résulte de cette observation qu'à la suite d'une version pratiquée comme traitement d'un rétrécissement du bassin, il ne faut pas se féliciter trop tôt du résultat, même en l'absence de toute lésion extérieure.

L'extraction est aisée et tente par cela même le praticien qui déjà y a eu recours.

Mais il est difficile d'évaluer la traction toujours vigoureuse de l'opérateur, et bien plus encore la pression excercée par l'aide sur le front de l'enfant.

Ces deux forces combinées et bien dirigées ne font souvent que donner l'illusion d'un passage facile.

Il n'est donc pas douteux que la version dans les cas de viciation pelvienne, quoique bien plus rationnelle et moins funeste que l'application de forceps, soit un danger non seulement à cause de la lenteur de l'extraction, ce qui est classique, mais aussi à cause du traumatisme occasionné par la réduction fatale de la tête.

HOPITAL DES FEMMES D'OBOUKHOV

L'ULCÈRE ROND SIMPLE DU VAGIN

Par le Dr **Bekmann** (1).

Aussi bien les néoplasmes primitifs que les ulcères du vagin sont très rares. Parmi ces derniers, on rencontre une forme qui par sa ressemblance avec l'ulcère rond de l'estomac a été appelée par M. Zahn, ulcère rond du vagin. Comme il est jusqu'à présent très peu connu, je me permets d'en rapporter ici une observation.

Notre malade, âgée de 64 ans, veuve, ayant eu 2 enfants, est entrée à l'hôpital d'Oboukhov se plaignant de pertes blanches très fortes. N'a jamais souffert de prolapsus de la paroi vaginale, n'a jamais porté de pessaire.

(1) Traduit du russe par Mme Rechtsamer, docteur en médecine.

La malade, assez forte, bien conformée, excepté un peu d'artériosléroso, ne présente aucune modification dans les organes internes. Rougeur autour des parties génitales externes s'étendant jusqu'à la face interne des cuisses. Écoulements du vagin liquides et purulents, vagin relativement large. L'utérus mobile, le corps n'est pas augmenté de volume, les annexes sans modifications. A l'aide de spéculum cannelé, on découvre dans le cul-de-sac postérieur un peu à droite de la ligne médiane, un ulcère, dont une partie s'étend également sur la paroi postérieure du vagin. La grandeur de l'ulcère est d'une pièce de 3 copeks (plus grand que dix sous), la forme n'est pas tout à fait régulière, mais ronde. Le fond de l'ulcère est rouge, couvert seulement d'une petite quantité de détritus jaune. Les bords de l'ulcère accentués, son fond est à peine au-dessous du niveau de la muqueuse vaginale. Au palper, l'ulcère est lisse.

Après l'injection de 0,05 de cocaïne, l'ulcère a été excisé et la plaie cousue par des sutures à nœuds. Sept jours après l'opération, en enlevant les sutures, on a constaté que les bords de la plaie se sont écartés. Plus tard, la plaie s'est cicatrisée par intention secondaire. Les pertes ont cessé et la malade s'est sentie si bien qu'elle avait demandé à quitter l'hôpital avant la guérison complète.

L'ulcère enlevé a été fixé dans l'alcool. Les coupes des morceaux, contenus dans la celloïdine et colorés par l'hématoxyline et éosine ont montré le tableau suivant. L'épithélium stratifié, bien développé, s'arrête brusquement sur les limites de l'ulcère.

On voit sur les mêmes limites, dans quelques endroits, un amincissement brusque du revêtement épithélial qui recouvre encore sur une certaine étendue l'ulcère sous forme d'une couche déjà nécrosée. L'ulcère lui-même est constitué d'un tissu très riche en petites cellules rondes avec gros noyaux se colorant bien. Entre ces cellules on voit en petite quantité un tissu fibreux jeune. Peu de vaisseaux et capillaires. Les couches supérieures de ce tissu ressemblent à un tissu granuleux, sont imbibées par places par du pigment sanguin et sont détruites dans d'autres endroits par des hémorrhagies et sont nécrosées. Sur quelques coupes, on voit que la couche mince du sang recouvre la circonférence de l'ulcère. Les vaisseaux présentent partout, dans la profondeur de la paroi vaginale enlevée, le tableau d'en-

dartérite. L'intima des vaisseaux est 3-5 fois plus épaisse qu'à l'état normal, par suite du développement exagéré du tissu conjonctif, constitué principalement de cellules fusiformes. Quoique je n'aie pu trouver l'oblitération de la lumière des vaisseaux, je crois, néanmoins, qu'elle est dans beaucoup d'endroits très rétrécie. Les coupes transversales de quelques vaisseaux montrent la lumière des vaisseaux en forme de demi-lune en fente par suite du développement exagéré, inégal du tissu conjonctif dans les vaisseaux. Dans un endroit, déjà dans la région des limites de l'ulcère, on voit dans l'épaisseur de la paroi vaginale une relativement grande quantité de sections tranversales de vaisseaux à parois très minces, remplis de globules sanguins. On rencontre parmi eux des cavités de forme irrégulière, aussi remplies de globules sanguins. Ces cavités ont des parois très minces, constituées par places exclusivement d'endothélium ou encore d'une ou de plusieurs couches de cellules fusiformes. Ce sont probablement des capillaires très dilatés et des petites veines. Ont-ils un rapport avec l'origine de l'ulcère dont ils se trouvent à une certaine distance ? Je n'ose pas me prononcer.

Ce tableau microscopique répond exactement aux descriptions de l'ulcère rond du vagin. Dans la littérature médicale on en connaît huit cas, et dans la littérature russe pas un seul. Déjà dans le premier travail de Zahn, on a émis une supposition que l'ulcère pourrait provenir d'une nutrition insuffisante par suite de modifications dans les vaisseaux. Dans la première observation de Zahn la lumière de l'artère se rendant vers la région de l'ulcère était complètement oblitérée. Dans la seconde observation du même auteur on n'a constaté que l'endartérite des vaisseaux. La nécrose locale a eu lieu après une hémorrhagie dans la muqueuse. Il y avait plusieurs ulcères, dont la période la plus précoce du développement se présentait sous forme de taches brunes pigmentées de la muqueuse vaginale. Et dans les autres observations décrites qui ont été toutes réunies dans le travail de Beuttner, on a trouvé des modifications des vaisseaux et chez quelques-uns des malades on a constaté des maladies de cœur (endocardite chronique).

Dans l'observation de Beuttner (1) on a trouvé en outre à l'autopsie un ulcère rond du duodénum. Quelques auteurs (Klebs) signalent, en dehors des modifications dans le système sanguin, l'acidité exagérée des sécrétions vaginales et utérines comme favorisant la formation de l'ulcère rond du vagin.

Presque toutes les malades était âgées ; chez 3 on a diagnostiqué l'ulcère pendant la vie, chez les autres on l'a trouvé par hasard à l'autopsie. Quelquefois il n'y avait pas de plaintes, d'autres fois les malades se plaignaient de pertes blanches, de douleurs dans le bas ventre et d'une sensation désagréable dans les organes génitaux.

Le diagnostic de l'ulcère rond du vagin est embarrassant à cause de sa rareté. Le plus souvent il ressemble aux ulcères traumatiques, c'est pour cela qu'il faut éliminer les lésions traumatiques du vagin (prolapsus, pessaires). L'ulcère est situé le plus souvent sur la paroi postérieure du vagin, il est nettement limité, de couleur rouge ou violet, sans dépôt (membrane visible). Les tissus entourant l'ulcère ne sont pas modifiés.

Dans les cas plus prononcés, les bords de l'ulcère tombent, descendent brusquement, le fond est occupé par des granulations saignant facilement, recouvertes par places par un dépôt gris purulent. Dans ces cas (Skovronsky), au premier examen, on ne peut presque pas distinguer l'ulcère rond d'un ulcère cancéreux. On rencontre aussi des ulcères multiples [Zahn (2) Braitwaite, (3)] provenant d'un épanchement sanguin avec nécrose consécutive, commençant par le centre de la tache brune, ecchymose ; plusieurs ulcères peuvent se réunir.

La marche chronique de l'ulcère rond donne la possibilité d'éliminer le *néoplasme* (carcinome ou sarcome). On distin-

---

(1) *Monatschrift für Geb. u. Gyn.*, 1896, Februar.

(2) *Virchow's Arch.*, Bd. 115.

(3) *Lancet*, July 21, 1894.

gue l'ulcère rond d'un *chancre syphilitique* par l'absence d'induration de son fond et de ses bords; le *chancre mou* se caractérise par sa marche plus aiguë et son auto-inoculation, ce qui fait qu'en dehors de l'ulcération dans le vagin il y en a dans d'autres endroits. Dans des cas douteux, il faut avoir recours au traitement spécifique, dont le résultat fera admettre l'une au l'autre supposition.

Quant au *traitement* de l'ulcère rond, il faut remarquer que l'enlèvement opératoire ne paraît pas donner de bons résultats, puisque dans les deux cas opérés (et celui de Skowronsky), les sutures faites après l'excision de l'ulcère ont manqué.

REVUE CLINIQUE

CANCER INTERSTITIEL DU COL DE L'UTÉRUS, AVEC PROLONGEMENTS ÉPITHÉLIAUX DANS LE TISSU MUSCULAIRE DU CORPS DE L'ORGANE

Par M. le Dr **P. Bégouin** (1).

Femme de 49 ans, dans les antécédents héréditaires de laquelle nous n'avons rien trouvé à signaler, n'a présenté aucun trouble du côté de son appareil génital jusqu'à l'âge de quarante-trois ans. A cette époque, elle fut prise de pertes blanches, mais qui ne s'accompagnèrent pas de douleurs dans le bas-ventre, ni d'aucune modification dans les règles, aussi n'y attacha-t-elle pas d'importance.

En mai 1896, elle eut un jour, sans cause connue, — à l'époque ou en dehors de l'époque de ses règles, la malade n'en sait rien, — une hémorrhagie utérine très abondante qui dura huit jours.

Depuis ce moment, si les règles se montrèrent régulières et d'abondance normale, cette malade perdit constamment un liquide

---

(1) Communication à la *Société de Gynécologie* de Bordeaux.

jaune roussâtre, sans odeur, mais irritant pour la partie interne de ses cuisses.

Un peu de ténesme rectal et vésical vint compliquer la situation dans ces derniers mois et l'engagea à entrer à l'hôpital, bien que son état général fût resté bon.

Quand M. Demons l'examina, il trouva un col un peu gros, ferme, bosselé ; sur la lèvre antérieure de son orifice, à peine entr'ouvert, étaient deux petites saillies rosées, grosses comme des pois, molles, ne saignant pas au contact.

Les culs-de-sac étaient libres. Le corps de l'utérus, difficilement mobilisable, était gros et dur. On ne sentait pas les annexes.

En face de tous ces signes, on crut plutôt à un fibrome interstitiel, avec métrite glandulaire du col, qu'à un cancer.

Le 16 décembre, M. Demons fit l'hystérectomie vaginale ; aussitôt qu'on prit le col avec les pinces de Museux, il s'écrasa entre les dents de la pince qui ramenèrent un tissu qui avait tous les aspects de l'épithélioma.

L'opération achevée, le col était déchiré, déchiqueté, le corps, gros et dur, présentait une muqueuse lisse, sans fongosités.

Notre ami, M. Hobbs, préparateur du laboratoire de M. le professeur Coyne, a bien voulu faire de nombreuses préparations de cette pièce.

Sur l'une, qui vient du col, on peut voir un épithélioma pavimenteux, tubulé, dont les amas cellulaires siègent sous la muqueuse en plein muscle utérin.

Sur la seconde, qui provient du fond de l'utérus, on voit la muqueuse saine, et au-dessus d'elle dans le muscle utérin quelques amas de cellules épithéliales.

Je retiendrai deux points dans cette observation : la difficulté du diagnostic d'abord ; la propagation au corps, à travers le muscle utérin, de ce cancer du col, ensuite. Le diagnostic était ici si peu facile, qu'un maître aussi expérimenté que M. le professeur Demons avait cru à un fibrome.

La difficulté venait de ce que le tissu épithélial était *interstitiel*, engainé dans la muqueuse du col, qui lui formait comme une capsule : on ne le sentait pas directement sous le doigt, et, la capsule étant tendue, il paraissait dur.

Il existait bien deux petites saillies rosées, mais elles n'avaient pas l'aspect malin, et on les prenait pour des adénomes.

Le corps de l'utérus, gros, était dur, ce qui n'était pas non plus en faveur du diagnostic de cancer.

La propagation fréquente du cancer du col au corps de l'utérus est un fait aujourd'hui banal, même dans les cas de cancer du col qui paraissent les plus limités.

Mais ordinairement ces traînées se font par la muqueuse ; ici la muqueuse est saine, macroscopiquement et histologiquement, c'est entre les fibres musculaires que les traînées épithéliales se sont répandues.

Interstitiel dans le col, le cancer est resté interstitiel dans le corps.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA GONORRHÉE

(Congrès de Francfort, septembre 1896. Épilogue à ce Congrès; NEISSER, SÆNGER, BUMM, WERTHEIM) (1).

Par le Dr **R. Labusquière.**

Au Congrès de Francfort, en septembre 1896, les dermatologistes et les gynécologues, dans une séance commune, discutèrent sur la question de la « gonorrhée ». A cette discussion prirent part, entre autres, des hommes dont les travaux sur ce sujet sont bien connus de tous : Neisser, dont le nom reste attaché à celui du micro-organisme facteur de la gonorrhée (1879), Bumm qui a découvert le premier terrain de culture du gonocoque (1885), Sänger qui, durant de lon-

---

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 42, p. 1073.

gues années, s'est appliqué à rassembler les éléments du diagnostic clinique de la gonorrhée, et, en particulier, des différentes formes de ce qu'il a appelé la gonorrhée résiduale.

*
* *

NEISSER qui a ouvert le débat, a naturellement insisté sur l'importance considérable de la recherche du gonocoque au triple point de vue : a) *du diagnostic ;* b) *du traitement*, et, point tout à fait capital, c) de la *persistance ou non de la virulence*, c'est-à-dire de l'aptitude du sujet à en infecter d'autres.

a) Sous le rapport du diagnostic, la recherche du gonocoque n'est pas cependant toujours aussi importante. Neisser accorde qu'elle n'est pas indispensable, en particulier dans les localisations de l'affection sur les annexes. « Si, particulièrement, dans le complexus symptomatique de la gonorrhée ascendante et résiduale, dit-il, la démonstration du gonocoque représente un élément toujours désirable du diagnostic, elle n'en est pas une condition nécessaire et d'autant moins que l'anamnèse et le concours de nombreux symptômes attribuables à l'infection gonorrhéique militent en faveur du diagnostic.

Et, ajoute-t-il, dans ces formes de la gonorrhée, la démonstration du gonocoque est d'autant moins nécessaire que l'action thérapeutique (chirurgicale, souvent) est déterminée plus par les processus pathologiques que par la notion étiologique, bien qu'il ne soit pas indifférent (selon Schauta) pour le chirurgien, quant à la conduite à suivre, que les suppurations à combattre soient sous la dépendance du gonocoque ou de micro-organismes différents. »

Mais il tient pour indispensable cette démonstration de la présence du gonocoque toutes les fois qu'il s'agit de la gonorrhée des muqueuses externes et de l'appréciation des sécrétions qui s'écoulent au dehors : il peut exister des phénomènes cliniques marqués, déterminés par des causes autres

que la gonorrhée et en partie subsistant en tant que reliquats, séquelle du processus gonorrhéique longtemps après la disparition des gonocoques.

Par contre, des phénomènes cliniques peuvent absolument faire défaut malgré la présence de gonocoques ; aussi, *seule, la recherche des gonocoques permet-elle de faire le diagnostic et par là d'établir l'importance d'un cas comme source possible d'infection.* Il faut, chez toute personne soupçonnée de gonorrhée, examiner : 1° l'urèthre, 2° les dépressions et plis autour du méat urinaire, 3° le canal cervical, 4° le conduit excréteur et les sécrétions des glandes de Bartholin ; 5° apporter aussi beaucoup plus de soins qu'on ne l'a fait jusqu'ici à l'examen du rectum.

Mais, si *une recherche positive* du gonocoque a une *valeur diagnostique absolue,* il ne faut pas d'une recherche restée négative conclure, sans enquête plus complète, à l'absence de gonocoques, parce qu'on sait qu'ils peuvent rester cachés partie dans les couches épithéliales profondes, partie dans les dépressions et replis des muqueuses. Aussi, dans ces cas, faut-il, 1° renouveler fréquemment les recherches, 2° recourir à des agents (chimiques ou mécaniques) capables de provoquer une réaction révélatrice.

b) La *recherche du gonocoque* est d'autre part le *seul moyen de contrôle* du traitement, puisque les gonocoques peuvent encore subsister malgré l'absence de tous phénomènes cliniques réactionnels. Or, à défaut de cette recherche, on risque de laisser se soustraire au traitement des cas non guéris qui, en réalité, sont : 1° la majeure part des sources chroniques de l'infection, 2° l'origine des formes ascendantes (et métastases) de la gonorrhée féminine.

Le *principe* du traitement ne consiste donc pas à viser seulement les malaises subjectifs et les phénomènes inflammatoires chroniques de l'affection, mais à *détruire les gonocoques.*

Neisser insiste ensuite sur l'importance qu'il y aurait pour la lutte contre la gonorrhée à donner aux médecins des con-

naissances spéciales plus étendues grâce à la création de cliniques spéciales dans chaque université, et aussi à une surveillance mieux entendue et plus complète de la part des pouvoirs publics.

*
* *

La communication de Sænger, essentiellement clinique, a pour base cette notion, *qu'en beaucoup de cas, la gonorrhée n'est pas guérie alors qu'il n'existe plus de gonocoques dans les sécrétions ou dans les tissus.*

Les gonocoques disparus, des processus phlegmasiques divers peuvent exister en tant que: a) processus *phlegmasiques* chroniques, aboutissant à la formation de tissu cicatriciel, *b*) *affections en apparence récidivantes*, sous forme de poussées aiguës d'une phlegmasie chronique, préexistante, *c*) *affections persistantes* constamment reconnaissables au niveau des altérations anatomiques produites, en partie de nature spécifique. Ce sont ces diverses conditions pour lesquelles il n'existe pas de démarcation nette que Sänger range sous la dénomination de « GONORRHÉE RÉSIDUALE ». Et, durant des années, il s'est appliqué à reconnaître ces différents états, à en consigner les caractères cliniques et anatomiques, somme toute, à bien préciser ce qu'il dénomme les « *signes résiduaux* » de l'infection gonorrhéique, que la gonorrhée résiduale intéresse la vulve, l'urèthre, le vagin, l'utérus, les annexes de l'utérus, le tissu conjonctif pelvien, et le rectum, que dans ces derniers temps Baer a démontré être souvent le siège de l'inflammation gonorrhéique, laquelle pourrait bien être l'origine d'un certain nombre de *rétrécissements de cet organe*, à étiologie obscure.

La seconde partie de son intéressante communication consiste précisément dans la description, un peu schématique, des formes multiples de la gonorrhée résiduale et dans l'énumération de ces signes résiduaux. Nous n'insisterons pas davantage sur la seconde partie, en quelque sorte descriptive, de la communication de Sänger, d'autant plus

que nous avons jadis publié ici même un important mémoire du même auteur « *de la blennorrhagie chez la femme* » (1), dans lequel Sänger a traité avec beaucoup de soins la partie clinique du sujet. Toutefois, pour bien montrer que malgré tous les efforts qu'il a mis à bien tracer le domaine purement clinique pour ainsi dire de la gonorrhée, c'est-à-dire à bien fixer les *états pathologiques qui survivent aux gonocoques et sont susceptibles de progresser même après la disparition de ceux-ci,* Sänger est bien loin de dénier une réelle importance au gonocoque; il nous suffira de relever dans son précédent mémoire, la phrase suivante : « En ce qui concerne le traitement des diverses formes de l'infection gonorrhéique, je tiens pour très précises les indications suivantes : *tuer les gonocoques*, tâcher de faire cesser les troubles qu'ils ont provoqués, enfin ramener les choses à l'état normal » (2).

Sänger fit suivre la description des diverses formes de la gonorrhée résiduale des considérations suivantes : « Bon nombre de ces formes, de ces signes de la gonorrhée résiduale seront — je m'y attends bien — accueillis avec scepticisme par ceux qui — soit qu'il s'agisse du diagnostic de la gonorrhée ou de n'importe quelle recherche sur la gonorrhée — mettent tout dans la démonstration positive du gonocoque, parce que précisément les états pathologiques dont je m'occupe impliquent la disparition du gonocoque et que leur étude est basée sur l'observation clinique.

Je veux toutefois faire à ceux qui pensent ainsi cette concession que plusieurs des formes morbides décrites plus haut (par exemple la vulvite maculeuse, la vaginite maculeuse et granuleuse, également l'endométrite) peuvent entrer dans le domaine de la gonorrhée chronique. Mais, dans le plus grand nombre des cas, des recherches minu-

(1) *Annales de Gynécologie et d'Obst.*, février 1890, p. 130 ; mars, p. 199' avril, p. 276.

(2) *Ibid.*, 281.

tieuses et répétées — et je les ai faites — restent complètement négatives.

Mais ne vouloir faire entrer dans le domaine de la gonorrhée que les conditions pathologiques des organes génitaux où la recherche du gonocoque donne des résultats positifs, c'est sortir de son vrai domaine tout un lot d'états pathologiques dont la connaissance non seulement permet de rétablir rétrospectivement la véritable physionomie de la maladie, mais fournit des notions importantes pour l'institution d'une thérapeutique efficace. »

*
* *

Comme Neisser, Bumm a insisté sur la valeur considérable de la recherche du gonocoque pour le diagnostic des affections gonorrhéiques. Mais si, comme son collègue, il admet qu'on peut diagnostiquer d'après les seuls symptômes cliniques la gonorrhée aiguë chez la femme de même qu'un pyosalpinx d'origine gonorrhéique, comme lui, il pense que, *dans la gonorrhée chronique, l'examen microscopique des sécrétions est indispensable si l'on veut diagnostiquer juste :* « Celui qui dans le diagnostic de la gonorrhée chronique de la femme, ne s'appuie que sur l'anamnèse et les phénomènes cliniques risque, d'après l'importance qu'il accorde à ces éléments d'appréciation, de diagnostiquer la gonorrhée très fréquemment ou très rarement; mais, à *coup sûr, il se trompera souvent dans le sens positif ou inversement.* » Il n'accorde pas, d'autre part, aux « signes résiduaux » décrits par Sänger, du moins à certains, la grande valeur diagnostique qui leur est attribuée par ce dernier. Il ne saurait donc se risquer à diagnostiquer l'existence ou l'absence de la gonorrhée sur la couleur, la forme et le siège d'une macule. « Les taches rouges ou de telle autre couleur ne prouvent rien, il n'y a de démonstratif que la gouttelette de pus qui se laisse exprimer de l'orifice des glandes de Bartholin ou des glandes autour de l'urèthre. »

Sur la nature des papillomes, l'accord n'est pas fait. Sänger les a de nouveau qualifiés de spécifiques ; or, avec Neisser, Bumm les juge non spécifiques pour les avoir rencontrés dans des cas où il n'y avait pas eu de gonocoques.

Bumm ne s'explique pas non plus cette tendance progressive à évoluer qu'auraient, d'après Sänger, certains processus, ayant les gonocoques à leur point de départ, même après la disparition de ceux-ci. Qu'un sac tubaire, suppuré, puisse en crevant donner lieu, par suite de l'irruption du pus, à de nouveaux phénomènes inflammatoires du côté du péritoine, c'est là un fait bien connu ! Mais à quel facteur rapporter le processus actif du processus dans la gonorrhée résiduale, et par quel mécanisme s'accomplit cette progression? autant de points à éclaircir.

L'auteur aborde ensuite un point fondamental de la question, celui des *conséquences graves, des effets éloignés de la gonorrhée* (gonorrhée ascendante chez la femme, métastases), conséquences liées à la faculté plus ou moins grande de propagation du gonocoque. Après avoir rappelé que Noeggerath avait déjà, dans une brochure qui fait date aujourd'hui, mais qui à l'époque de sa publication n'eut pas d'influence notable, mis en relief ces conséquences graves de l'infection gonorrhéique chez la femme, Bumm marque que c'est seulement lorsque le gonocoque a été découvert, et qu'on a pu établir formellement le fait de l'extension de la gonorrhée jusque dans les organes internes, que les gynécologistes se préoccupèrent de la gonorrhée en tant que facteur étiologique. Et, ajoute-t-il, il est advenu ce qui advient habituellement quand après avoir négligé longtemps une chose, on veut se rattraper tout d'un coup : *on a rendu l'infection gonorrhéique responsable de tout et, à ce qu'il me semble, on est actuellement enclin à exagérer son importance*. Contrairement à cette tendance actuelle, je tiens à mettre en relief ce premier point : chez la femme comme chez l'homme, DANS L'IMMENSE MAJORITÉ DES CAS, LA GONORRHÉE EST ET RESTE UNE AFFECTION DE LA MUQUEUSE.

Examinant plusieurs observations publiées dans ces dernières années, dans lesquelles la présence insolite du gonocoque hors de son habitat habituel avait pu suggérer cette idée de la faculté du micro-organisme à dépasser les limites des muqueuses, Bumm, les critiquant, conclut que cette extension gonococcique n'est qu'illusoire, la conclusion d'une interprétation incorrecte des pièces pathologiques, ou que, lorsqu'elle a réellement existé, elle a été la conséquence de circonstances purement accidentelles, telles que : altérations de la cornée dues au contact prolongé avec le pus par suite de traitement insuffisant ; rupture d'une salpingite suppurée, favorisant le passage des gonocoques au delà de la muqueuse, etc. (Cas de Dinkler, Wertheim, Jadassohn, Madlener.)

Bumm rappelle que, déjà, il y a plusieurs années, il a publié qu'on peut injecter des gonocoques dans le tissu conjonctif sans y provoquer d'irritation, et que si Wertheim a, jadis, parlé de rougeur et de réaction vives, Schæffer et Steinschneider ont répété l'expérience avec de fortes doses et n'ont observé aucune réaction, d'où, aujourd'hui, de nouveau l'affirmation : *le gonocoque est simplement un parasite des muqueuses; — abstraction faite de circonstances particulières, d'ailleurs très rares, — il ne dépasse pas les limites de la muqueuse, et, particulièrement dans les phlegmasies chroniques, il s'y cantonne tout à fait à la surface, y entretenant des états inflammatoires et des sécrétions chroniques* (1).

---

(1) Les consultants habituels des cliniques vénériennes (stade plutôt aigu de l'affection) fournissant des chiffres trop favorables, les consultants des cliniques gynécologiques (cas chroniques, avec complications de la gonorrhée ascendante) des chiffres trop pessimistes, l'auteur s'est efforcé d'établir la *fréquence de l'infection de la trompe et de l'utérus* d'après ses observations personnelles, soit : 74 cas, sur lesquels 69 = 93 p. 100 blennorrhagie de l'urèthre, 53 = 70 p. 100 blennorrhagie du col ; 16 = 23 p. 100 gonorrhée du col, et 7 = 10 p. 100 gonorrhée de la trompe. Statistique trop limitée pour autoriser à des conclusions définitives, d'autant plus que nombre

Proposition à laquelle, au cours de la discussion, Neisser se rangea, en l'accentuant de la façon suivante : « Je me réjouis particulièrement de cette déclaration de Bumm que la gonorrhée est surtout une *affection épithéliale*, que le *siège habituel du gonocoque est dans l'épithélium*. Quel que soit le cas que nous faisons des recherches de Wertheim sur la possibilité pour le gonocoque de pénétrer le tissu connectif, de s'y propager — et c'est par elles que nous avons compris la pathogénie des métastases — on ne doit pas, sans enquête nouvelle, admettre cette faculté d'extension pour tous les cas de gonorrhée. Je me suis toujours appliqué à empêcher qu'on n'attribuât trop facilement au gonocoque, du fait qu'il peut se propager dans les tissus déjà fortement endommagés, le pouvoir d'envahir aussi le tissu connectif sain. »

*
* *

C'est sur cette proposition doctrinale qu'est venue se greffer un épilogue au Congrès de Francfort. Polémique assez vive entre Bumm et Wertheim, lequel, comme on le sait, a également marqué sa place dans l'étude de la gonorrhée, et en particulier, a apporté de grands perfectionnements aux procédés de culture du gonocoque.

---

de femmes n'étant pas encore complètement guéries sont exposées à faire des complications de leur gonorrhée. Toutefois, elle suffit à montrer qu'avec un *traitement convenable et des conditions hygiéniques convenables, le pronostic n'est pas trop défavorable*. Bumm accorde une influence thérapeutique puissante à une diététique bien réglée ; d'autre part, contrairement à sa pratique première, il prend le bistouri beaucoup moins facilement, et sa conviction se fortifie de plus en plus, *qu'avec la patience nécessaire, du repos pendant des semaines et un traitement résolutif le plus grand nombre des affections tubaires guérissent*. Que si les femmes restent stériles, elles jouissent d'un état de bien-être parfaitement supportable. Qu'enfin dans les cas, où sous l'influence de poussées successives, la paroi tubaire est particulièrement compromise, et où, en raison des accidents possibles de rupture, l'intervention est parfaitement justifiée, ce n'est pas à la salpingotomie qui laisse un utérus gros, infecté, mais à l'extirpation vaginale de l'utérus combinée avec l'énucléation du sac tubaire qu'il faut avoir recours.

Wertheim (1) indique d'abord l'écart considérable qui existe entre les propositions de Bumm et de Neisser sur l'habitat du gonocoque. Pour le premier, le gonocoque est exclusivement un *a) parasite de la muqueuse*, et la gonorrhée une affection de la muqueuse ; pour le second, le gonocoque vit exclusivement sur ou dans l'épithélium, la gonorrhée est une *b) affection de l'épithélium*.

Prenant d'abord à partie Neisser, l'auteur soulève contre sa manière de voir les objections suivantes : 1° maintes fois, déjà, on a démontré que le gonocoque pénètre dans le tissu connectif sous-épithélial ; il semble même, d'après les constatations faites, que ce soit le fait habituel dans toute gonorrhée. Bumm l'a démontré pour la conjonctive des nouveau-nés, Wertheim pour la gonorrhée de l'utérus, des trompes et de la vessie, Finger pour l'urèthre mâle, Frisch pour la gonorrhée rectale. D'autre part, les recherches entreprises à la clinique de Schauta fourniront bientôt la même démonstration pour la gonorrhée du vagin ; 2° on ne s'expliquerait pas, si la gonorrhée restait une affection épithéliale, l'impuissance si souvent constatée, surtout dans les gonorrhées chroniques, du traitement alors qu'on possède nombre d'agents capables de détruire l'épiderme assez profondément pour atteindre sûrement les gonocoques à ce niveau.

Prenant ensuite à partie la communication de Bumm, Wertheim y fait la réponse suivante : « Nos connaissances sur la biologie du gonocoque de Neisser et sur les processus gonorrhéiques se sont profondément modifiées durant les dernières années. Et nombre de propositions dogmatiques émises jadis par Bumm en ont été ruinées. Bumm avait pensé que les procédés de culture sur plaques était inapplicables à la culture pure du gonocoque ; or, nous savons aujourd'hui qu'on peut, de cette manière, cultiver aussi sûrement, aussi rapidement le gonocoque que les cocci habituels de la suppuration (2). Également, nous savons aujourd'hui que le gono-

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 48, p. 1219.

(2) Nous rappellerons ici que Wertheim a facilité la culture du gonocoque,

coqué se développe, se multiplie non seulement à la surface, mais dans la profondeur de milieux de cultures convenables; que tout germe gonococcique inoculé en semblable milieu s'y développe en colonie; que la vie des cultures artificielles, loin d'être éteinte au bout de quelques jours, peut être maintenue durant des semaines; que la virulence des gonocoques obtenus par ces cultures artificielles n'est pas particulièrement éphémère. Nous savons que l'immunité accordée par Bumm à l'épithélium plat n'existe pas et que les conclusions qui en ont été tirées sont erronées. On ne peut plus nier, à l'heure actuelle, la possibilité de l'infection gonorrhéique du vagin chez l'adulte, et il ne s'agit pas d'un fait rare mais d'un état tout à fait ordinaire, ainsi qu'il ressortira des recherches conduites à la clinique de Schauta et auxquelles il a déjà été fait allusion. L'existence de cystites gonorrhéiques parfaitement authentiques est aujourd'hui formellement établie, tandis que Bumm pensait que l'épithélium stratifié de la vessie était aussi impénétrable au gonocoque que l'épithélium pavimenteux du vagin. Nous savons aujourd'hui que les gonocoques traversent l'endothélium du péritoine et que, envahissant le tissu connectif sous-endothélial, ils peuvent y provoquer une infiltration inflammatoire, contrairement à l'opinion professée par Bumm que les gonocoques ne trouveraient pas dans le péritoine les conditions nécessaires à leur multiplication. Nous savons aujourd'hui que les

---

en montrant d'une part l'importance de conserver au sérum ses propriétés naturelles non chauffé, d'autre part l'importance de l'addition de peptones. Ce qui fait qu'aujourd'hui on cultive facilement le gonocoque, c'est qu'au lieu de se servir de sérum coagulé, on se sert de sérum incorporé à de la gélose peptonée ou au bouillon peptoné.

Wertheim fondait la gélose, laissait refroidir à 40°, additionnait de sérum humain également à 40°, versait le pus à ensemencer dedans et faisait des cultures sur plaques. Aujourd'hui, en France, nous avons l'habitude de faire des cultures en surface, nous contentant d'inoculer en traînée des tubes de gélose peptonée inclinée, mélangée à 40° d'un peu de liquide d'ascite ou d'hydrocèle recueilli aseptiquement. C'est en procédant ainsi qu'à l'hôpital Bichat, Morax, Reymond et Du Bouchet ont poursuivi leurs études sur les maladies gonococciques de la femme.

altérations anatomiques, constatées si souvent dans la gonorrhée des annexes de l'utérus, indurations, callosités, transformations cicatricielles, infiltration des organes et du tissu cellulaire pelvien, collections suppurées des trompes, des ovaires, ou enkystées entre des adhérences intestinales, etc., constituant des tumeurs solides, dont on a peine en certains cas à différencier l'utérus, sont de nature gonorrhéique. L'opinion soutenue jadis par Bumm qu'il ne fallait pas essayer d'expliquer ces altérations multiples par l'activité du gonocoque, se trouve aujourd'hui réfutée, et non pas seulement par quelques observations, mais par une méthode de démonstration rationnelle, et basée sur une série de recherches systématiquement conduites. Nous savons aujourd'hui qu'une métrite gonorrhéique existe, bien qu'on n'ait pas réussi à déceler les gonocoques dans les foyers inflammatoires situés entre les éléments musculo-connectifs, tandis que Bumm avait révoqué en doute sa possibilité. Nous savons que les gonocoques peuvent, au niveau du siège primitif de l'affection, pénétrer dans les capillaires sanguins; enfin, qu'on observe des arthrites, endocardites, et même myocardites (cas de Weichselbaum) de nature gonorrhéique. »

Ces notions nouvelles, on les doit à la recherche soigneuse du gonocoque. Et si, dans tous les cas d'altérations éloignées, on n'a pas réussi à démontrer directement, à leur niveau, la présence du gonocoque, la démonstration de la nature gonorrhéique des altérations a été faite de façon indirecte. D'ailleurs, de jour en jour, les faits sont plus nombreux où l'on réussit à mettre en évidence le gonocoque, et cela fait espérer qu'on pourra un jour faire régulièrement cette démonstration positive. Du même coup, ces notions ont porté une rude atteinte à la théorie de l'infection mixte adoptée par Bumm pour expliquer des altérations qu'il ne pouvait attribuer au gonocoque et, de fait, à quelques rares exceptions près, il reste acquis que *la gonorrhée, avec toutes ses conséquences, est une affection univoque sous le rapport de l'étiologie*.

C'est aussi par cette même raison que le gonocoque pénètre jusque dans le tissu cellulaire, et que là, suivant les lacunes des tissus, il peut s'y propager sous forme de traînées et d'amas à la manière des germes pyogènes, que j'ai relevé une certaine analogie entre ce micro-organisme et les *cocci* de la suppuration, sans avoir eu l'idée, ainsi que semble le penser Bumm, de le ranger à côté des organismes septiques.

Toutefois, Bumm serait dans le vrai s'il disait que le gonocoque est *surtout* un parasite de la muqueuse. Mais, il se trompe quand il affirme qu'il l'est *exclusivement*, c'est-à-dire qu'il n'atteint pas d'autres tissus. Qu'ont de commun en effet avec la muqueuse, tissu ovarique, péritoine, synoviales articulaires, gaines tendineuses, membranes, exsudats cicatriciels ? L'authenticité de ces altérations ne pouvant être niée, Bumm invoque l'intervention de circonstances favorables à la pénétration plus profonde des gonocoques, savoir des lésions par causes diverses (traumatisme, contact prolongé avec le pus, rupture par distension d'une paroi tubaire, etc.) des tissus habituellement réfractaires à l'invasion gonococcique, circonstances occasionnelles qu'il prétend être « *très rares* ». Or, le siège profond soit des gonocoques, soit des altérations gonococciques, a été maintes fois mis en évidence. Wertheim l'a constaté plusieurs fois, sans avoir jamais remarqué les conditions adjuvantes invoquées par Bumm. Ces circonstances adjuvantes, il les verrait plutôt dans la ténuité, la délicatesse et la laxité de certains tissus, par exemple de la trompe particulièrement vers son extrémité abdominale, du tissu cellulaire sous-endothélial au niveau du péritoine, de la muqueuse vaginale chez les enfants. Sa conclusion est celle-ci : *le gonocoque n'est pas exclusivement un parasite de la muqueuse, car il peut élire domicile dans d'autres tissus, s'y multiplier et y provoquer des phénomènes réactionnels. Et si nous concédons que des circonstances prédisposantes sont nécessaires à cet habitat*

insolite du gonocoque, à notre avis, ces circonstances ne sont pas très rares.

*
* *

A cet examen critique de son œuvre, Bumm (1) répond en premier lieu, que si partie de ce qu'il a enseigné il y a dix ans paraît aujourd'hui insuffisant, incorrect même, c'est que cette œuvre a eu le même sort que bien d'autres travaux bactériologiques, que le progrès s'accomplit à ce prix, et que, dans dix ans, nos connaissances seront vraisemblablement encore plus étendues qu'à l'heure actuelle. Toutefois, il estime qu'une bonne partie de ce qu'il a avancé jadis, doit être maintenu comme exact, et il ne voit rien de bien neuf dans les données avancées par Wertheim. Il note d'ailleurs avec plaisir que son collègue reconnaît que, dans au moins la grande majorité des cas, la gonorrhée est une affection de la muqueuse, et qu'il ne le chicane en réalité que sur cette expression « *très rarement* » dont il s'était servi à propos de la pénétration possible du gonocoque dans les vaisseaux sanguins, des métastases articulaires, cardiaques (endocardite, myocardite même), des collections suppurées dans le tissu conjonctif, expression à laquelle Wertheim préfère celle de « *relativement rare* ». Ces processus pathologiques éloignés du siège primitif de l'affection gonorrhéique, Bumm en avait d'ailleurs reconnu l'éventualité — très rare mais possible, — sans attendre l'article de Wertheim.

En ce qui concerne les soi-disant progrès sur la biologie du gonocoque, Bumm, malgré la supériorité qu'il reconnaît aux procédés de culture imaginés par Wertheim, ne les voit guère. Il est bien vrai que Wertheim nous a appris que le gonocoque pouvait se développer non seulement à la surface des cultures, mais aussi dans la profondeur. Mais, a-t-on retiré quelque avantage marqué de cette notion nouvelle ? Bumm a soutenu autrefois que le gonocoque dégénère rapidement

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 50, p. 1257.

dans un milieu de culture; quoi qu'en dise Wertheim, le fait est exact. Sans doute, il est possible de cultiver, de tube en tube, le gonocoque et d'obtenir ainsi de nombreuses générations; lui-même l'avait montré il y a longtemps. Mais, *dans la même culture*, le gonocoque dégénère vite, et cela Kiefer l'a de nouveau constaté. Sous le rapport de la *persistance de la virulence*, Bumm savait aussi qu'elle « *ne se perd pas rapidement* ». Il y a dix ans déjà, il avait vu une culture à la XX^{e} génération provoquer une gonorrhée typique.

Mais, avec une succession encore plus prolongée des cultures, sûrement, la virulence s'affaiblit.

Bumm passe ensuite à la question de *l'activité pathogénique du gonocoque* dans le corps humain. Encore une fois Wertheim fait figurer l'*immunité* qu'il avait conférée (Bumm), dès le principe, à l'*épithélium plat*. Depuis qu'il a parlé de cette immunité, pas un de ceux à qui il arrive d'apercevoir un gonocoque dans une cellule pavimenteuse n'a manqué de crier à l'erreur. Or, depuis longtemps, il sait parfaitement et il l'a écrit, que, grâce à certaines conditions (Vaginitis d. Kinder in Mikroorganismus der gonorrhoischen Erkrankungen, 1885, p. 56), les gonocoques peuvent traverser l'épithélium pavimenteux. Mais, ces *rares* faits ne sauraient le décider à abandonner cette notion de la *résistance* en général de l'*épithélium plat* (*résistance* bien établie de la *cornée, intacte*, au gonocoque, contrairement à la conjonctive qui se laisse pénétrer). Même observation pour le *vagin*. Il faut ici, également, des conditions prédisposantes : chez l'enfant, un épithélium lâche, chez l'adulte, un épithélium lésé. Wertheim, se fondant sur une observation personnelle, signale la *vulnérabilité* vis-à-vis du gonocoque *de l'épithélium de la vessie*. Cette donnée exige des faits positifs plus nombreux. Combien, en comparaison de la fréquence de la gonorrhée uréthrale, sont rares les cystites vésicales qui, habituellement, ne surviennent que dans le stade chronique et sont le fait d'infections secondaires par d'autres bactéries!

Pour ce qui est du *péritoine*, Wertheim cite des expé-

riences d'inoculation. Mais ces expériences montrent précisément que la vitalité des gonocoques s'éteint plutôt rapidement. Wertheim, dans une cœliotomie pratiquée sur une femme atteinte de gonorrhée, qui quelques jours avant avait subi une exacerbation de ses douleurs abdominales, trouva une trompe infectée, encore ouverte, dont l'extrémité abdominale déversait un pus crémeux sur le péritoine, qui était enflammé dans le voisinage du petit bassin ; le pus de la trompe et de la surface péritonéale ainsi que les exsudats blanchâtres contenaient des gonocoques. Sauf deux élévations thermiques (38°,2), la guérison se poursuivit et la femme pouvait être renvoyée le seizième jour après l'opération. Il faut en conclure, qu'après extirpation de la trompe et suppression de l'écoulement du pus dans le péritoine, la multiplication des gonocoques dans la séreuse s'était promptement arrêtée, et, par suite, que le *péritoine humain* n'est aussi qu'un *mauvais terrain de culture* pour le gonocoque.

En ce qui concerne la *faculté de pénétration du gonocoque par rapport au tissu connectif*, Bumm rappelle le travail, auquel il a déjà fait allusion au Congrès, de Jadassohn qui s'était efforcé de réunir tous les cas connus jusqu'alors de pénétration du gonocoque dans le tissu connectif (Dinkler, gonorrhée de l'œil; Pellizari, Christiani, Welander, abcès péri-uréthraux (pseudo-abcès) ; Frisch, gonorrhée du rectum; Crippa, gonocoques dans un œdème du prépuce ; Wertheim, abcès ovarique avec démonstration du gonocoque dans la paroi tubaire et dans le ligament large), et note que cet auteur a pu formuler cette conclusion : « *Ce sont presque toujours des circonstances défavorables qui rendent possible cette pénétration; la gonorrhée, même après les nouvelles recherches, doit être tenue pour une affection surtout superficielle.* Bumm rappelle encore les expériences de Steinschneider et de Schäffer, déjà rapportées (V. p. 401). Quant à la *gonorrhée tubo-ovarique*, dont Bumm a observé et étudié plusieurs cas, la conclusion de ses examens c'est que, dans la gonorrhée tubaire, le gonocoque se cantonne

aussi sur la muqueuse et que les autres altérations péritubaires sont secondaires et le fait de l'irruption du pus par l'orifice de la trompe. En faveur de cette opinion, il invoque encore le travail de Jadassohn et cite cet emprunt fait à un article d'E. Reymond, publié ici même, et extrait de sa remarquable thèse (1) : « Mais il est indispensable, pour se faire une idée de la question, de lire directement la publication de Wertheim. Si l'on s'en tient aux affirmations de ceux qui l'ont suivi, la question est d'une clarté absolue. Wertheim a vu les gonocoques sur toutes les coupes, dans toute l'épaisseur de la trompe; les leucocytes en étaient remplis. En réalité, Wertheim s'explique avec plus de réserve; il dit cependant avoir vu des gonocoques dans la profondeur de la couche musculaire, mais il n'affirme pas que ce soit la règle.

Malgré la considération qui doit s'attacher au nom de cet auteur, on est un peu étonné, en lisant son ouvrage, de voir quelle méthode de coloration a pu lui donner d'aussi beaux résultats. Voilà trois ans que ceux-ci sont publiés et n'ont été, à notre connaissance, confirmés par personne. Nous avons, pour notre part, suivi la méthode de coloration qu'il indique, sans pouvoir aboutir au même résultat. En revanche, la méthode de Nicolle était un moyen mis à la portée de chacun de contrôler les recherches de Wertheim ; nous venons de voir qu'ils nous montrent une topographie des gonocoques tout à fait différente, et qui paraît bien correspondre avec les travaux de Bumm sur ce sujet. »

En ce qui concerne *l'infection mixte*, il ne s'agit pas là, fait remarquer Bumm, d'une simple théorie. Et s'il en a parlé, c'est simplement parce que dans des processus gonorrhéiques, compliqués de suppuration des tissus, il a trouvé les microbes pyogènes. En résumé, *si vieille, si désemparée que le gonocoque paraisse d'après les récentes déclarations de Wertheim, l'étude ancienne du gonocoque n'est pour-*

(1) Reymond, Contribution à l'étude de la bactériologie et de l'anatomie [illegible] Th. Paris 1895. Steinheil, éd.

tant pas morte. La majeure partie de ce qu'elle renferme subsiste en face des opinions actuelles explicitées, tandis qu'au contraire les découvertes récentes ont moins de réelle importance qu'elles n'ont besoin d'un complément de confirmation.

*
* *

Cet article de Bumm en a suscité un autre de Wertheim (1) dans lequel celui-ci s'attache d'abord à corriger certaines interprétations, plus ou moins inexactes, que son collègue a faites de plusieurs de ses propositions. Il complète également le relevé des observations qui militent en faveur d'une pénétration plus profonde du gonocoque (cas recueillis à l'institut de Weichselbaum, abcès périchondritique, myocardite gonorrhéique ; d'Horvitz, abcès gonorrhéique à la face dorsale du métacarpe ; de Salhis, abcès dans le voisinage de l'articulation du genou ; de Wertheim, gonorrhée de la vessie ; de Menge, abcès de l'utérus ; de Pichevin et Petit, adénite cervicale suppurée à gonocoque). Nous n'insisterons pas davantage sur ce nouvel article, plutôt de polémique, croyant avoir par cette revue, trop longue déjà, indiqué suffisamment les opinions défendues au Congrès de Francfort, et montré les divergences doctrinales entre deux hommes dont les travaux ont notoirement fait progresser l'étude de la gonorrhée, étude qui a une véritable importance sociale, dont beaucoup de points sont encore à éclaircir et qui laisse un large champ d'investigation aux laborieux.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 8 *avril* 1897.

M. Richelot, à propos de la discussion de la dernière séance

---

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 2, p. 33.

sur les difficultés de différencier certaines appendicites des annexites et réciproquement, rapporte six observations dans lesquelles l'erreur de diagnostic était bien difficile à éviter. Actuellement, connaissant mieux la symptomatologie de l'appendicite, il se tromperait moins facilement, mais il croit qu'il est bon d'avoir présentes à l'esprit les difficultés de diagnostic différentiel lorsqu'il y a tuméfaction et douleur à droite.

M. Dolèris. — L'appendicite est une affection du flanc, la salpingite une affection pelvienne. L'erreur est exceptionnelle, puisque M. Richelot, dans sa longue pratique, ne l'a commise que six fois.

M. Grimodue. **Hydrorrhée déciduale chez une femme atteinte d'insuffisance et de rétrécissement de l'orifice mitral.** — Chez cette femme asystolique au cours de la grossesse qui se termina par un avortement à six mois, il se produisit, un mois avant l'expulsion du fœtus, et à plusieurs reprises, un écoulement d'une certaine quantité de liquide un peu teinté, empesant légèrement le linge, et survenant brusquement, sans cause appréciable. L'auteur attribue cette hydrorrhée à une localisation éventuelle de l'hydropisie d'origine cardiaque.

Discussion.—MM. Bar et Porak ne croient pas que l'hydrorrhée déciduale soit une manifestation de l'hydropisie, mais bien le résultat d'une lésion réelle de la caduque. Une discussion s'engage entre les deux derniers orateurs sur l'origine du liquide amniotique. M. Bar affirme que l'hydramnios est toujours d'origine fœtale et ne peut, par conséquent, pas entrer dans les hydropisies d'origine asystolique maternelle. M. Porak pense que le liquide amniotique est en partie d'origine maternelle. Il avoue, d'ailleurs, que l'hydramnios n'a pas été ordinairement observée dans l'asystolie.

MM. Doléris et Lenoble. **Fistule recto-vaginale par rupture du sinus rétro-périnéal.** — Il s'agit d'une femme de 22 ans, présentant des signes de chloro-tuberculose, qui, au cours d'un accouchement terminé par le forceps, fit une fistule recto-vaginale guérie chirurgicalement.

Il s'agissait là d'une fistule due à la compression de la tête fœtale en arrière de la vulve contractée spasmodiquement et représentant la première trace d'une rupture très spéciale, différant

des ruptures centrales du périnée par le fait que celui-ci est resté intact.

Discussion. — M. BAR pense que chez cette femme le vaginisme devait s'accompagner d'une inflammation de la tunique vaginale. La perforation serait due à l'adhérence de la paroi rectale à la paroi vaginale. M. DOLÉRIS, en faisant la colporrhaphie, a pu s'assurer qu'il n'y avait pas d'inflammation de la paroi vaginale. Il faut se contenter de l'interprétation qu'il a donnée : Occlusion très énergique et contracture de l'orifice vulvaire.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

Session tenue du 22 *au* 24 *avril* 1897.

KIEFFER (Bruxelles). **Des tumeurs fibreuses pendant la grossesse et l'accouchement.** — Après avoir très soigneusement envisagé les différentes éventualités auxquelles peut donner lieu la complication de la grossesse par des fibrones de l'utérus (risques d'avortement, d'hémorrhagies, d'accouchement prématuré, de positions vicieuses de l'enfant, de placenta prævia, de dystocie par accroissement excessif des tumeurs soit du côté du vagin, du segment inférieur, de la paroi antérieure ou postérieure de l'utérus; de dégénérescences diverses, cartilagineuse, amyloïde, calcaire, sarcomateuse; de suppuration, de nécrose; de compressions graves sur les organes pelviens ou abdominaux, etc.) et mis en parallèle les chances possibles, démontrées par la clinique, d'une bonne évolution de la grossesse et même de l'accouchement, le rapporteur estime *qu'à moins de circonstances spéciales et qui d'avance font pronostiquer l'impossibilité de la gestation ou de l'accouchement, l'expectation armée est la règle de conduite à conseiller.* L'expectation est d'autant plus justifiée qu'on possède à l'heure actuelle des moyens puissants contre la plupart des accidents qui peuvent résulter de la présence des fibromes (curettage, injections hypodermiques et intra-veineuses de sérum artificiel, forceps bien appropriés, etc.).

Pendant la grossesse, on opposera à la tendance habituelle,

dans les cas de fibromes, aux suintements sanguins, aux hémorrhagies, une diététique convenable, le repos, et les préparations d'hydrastitine qui jouissent d'une action vaso-constrictive réelle sur les vaisseaux de l'utérus sans exciter la contractilité de l'organe. Quand l'œuf est définitivement compromis; recourir au curettage. Le curettage est également l'opération de choix, quand, après avortement, il y a rétention placentaire dans l'utérus fibromateux. Presque toujours en pareil cas, il y a endométrite concomitante et danger plus grand d'accidents putrides ou septiques, toutes conditions contre lesquelles la curette est toute-puissante. La question de l'accouchement prématuré peut également se poser. Mêmes indications que dans les bassions rétrécis, avec, il est vrai, des éléments d'appréciation moins précis. On sera conduit, le cas échéant, à associer à la provocation de l'accouchement l'usage du forceps, la symphyséotomie, l'embryotomie même au cas de fœtus mort. En certains cas, il sera indiqué de procéder à l'ablation de la tumeur fibreuse, particulièrement si elle est sous-péritonéale, pédiculée et suffisamment accessible pour ne pas compromettre la puissance contractile de l'utérus, et qu'elle paraisse devoir constituer le seul obstacle à l'accouchement. Pour terminer l'accouchement, on se basera sur l'examen attentif, des conditions particulières à chaque cas, par exemple, on optera pour le forceps ou la version d'après le degré de dilatation, de dilatibilité du col. Si du fait du siège spécial du ou des fibromes dans les régions inférieures de la matrice, les dimensions des diamètres pelviens se trouvent notablement réduites, sans l'être assez néanmoins pour justifier la césarienne, on pourra agir sur le bassin par la pelvitomie (pubienne ou ischio–pubienne). D'autre part, l'extirpation totale de l'utérus et de ses annexes pratiquée sous forme d'amputation utéro-ovarienne ou suivant des procédés plus radicaux, par la voie abdomino-vaginale ou inversement sera indiquée : 1° Lorsque les tumeurs fibreuses sont déjà justiciables de cette extirpation indépendamment de toute complication de grossesse ; 2° lorsque la grossesse s'étant produite et arrêtée, les tumeurs occupent une situation qui rend tout accouchement impossible ; 3° lorsqu'il y a de sérieuses présomptions de dégénérescence des tumeurs fibreuses ou de suppuration et d'infection consécutives à une rétention placentaire ; 4° enfin après l'opération césarienne légitimée par des tumeurs fibreuses.

Discussion. — GUÉNIOT, BUDIN, FOCHIER sont en principe, comme le rapporteur, tout à fait partisans de l'expectation. GRYNFELTT (Montpellier) ne croit pas que la pelvitomie soit indiquée contre les obstacles qui résultent de la présence des fibromes dans le segment inférieur de l'utérus. — MAYGRIER exprime un avis contraire, tout en reconnaissant qu'ayant dans un cas de cette nature fait la symphyséotomie, il dut pratiquer pour terminer la basiotripsie. Enfin, d'après CHARPENTIER, la symphyséotomie pourrait au moins faciliter le diagnostic de certains fibromes cachés dans l'excavation.

CHARPENTIER. **De l'avortement habituel.** — Faisant abstraction de l'avortement habituel sous la dépendance d'une circonstance étiologique classique (syphilis, saturnisme, etc.), l'auteur s'occupe de faits moins étudiés, où l'on voit l'avortement se produire, régulièrement, chez des femmes dont les antécédents ne révèlent rien d'important comme facteur pathogénique. Pourtant, par l'examen attentif de ces faits, on arrive à les grouper d'après des conditions étiologiques, plausibles, en quatre catégories : 1° *Malformations utérines*, c'est, le plus souvent, un utérus qui a conservé des caractères infantiles, corps plus petit, col plus développé, peu d'aptitude au ramollissement, à l'extensibilité ; contraction fréquente, avortement habituel de deux mois et demi à trois mois et demi, cas très rares ; 2° *Déviations utérines*, surtout les flexions : au niveau de la flexion, de la coudure se produit un éperon, une hypertrophie de ce tissu qui gêne le développement de la grossesse, avortement de trois mois et demi ; le redressement de l'utérus suffit quelquefois à permettre l'évolution régulière de la grossesse ; 3° *Congestion du col et du corps de l'utérus*, liées à des idiosyncrasies ; la saignée générale ou locale peut prévenir l'avortement ; 4° *Lésions du col et lésions du corps*. L'endométrite est souvent cause d'avortement; on a vu la grossesse se produire et bien évoluer à la suite d'un curettage qui avait supprimé l'endométrite; en certains cas, le traitement de certaines lésions du col, au cours de la gestation, loin de provoquer l'avortement, réussira plutôt à l'empêcher.

Discussion. — LEFOUR (Bordeaux). Pour atténuer l'intolérance idiosyncrasique de l'utérus, et l'habituer à la présence de l'œuf, Lefour le traite, bien entendu durant l'état de vacuité, par le maintien à demeure de tiges intra-utérines.

DUBRISAY (Paris). **Mensuration de la tête fœtale à travers la paroi abdominale.** — La tête restant au-dessus du détroit supérieur, il est utile de connaître ses dimensions. Or, à l'aide du céphalomètre de Budin, en appliquant un bouton de l'instrument sur le point le plus saillant du front, l'autre sur la partie la plus saillante de l'occiput, on obtient, après déduction de l'épaisseur des parties molles, la longueur du diamètre O. F. Le B. P est inférieur de 25 millim. 16 fois l'auteur a établi de cette manière la longueur des deux diamètres, et le contrôle fait vingt-quatre heures après la naissance a montré que 14 fois la mensuration première était juste. M. Perret qui a fait de cette question l'objet de sa thèse, avait constaté que 84 fois sur 84 ces mensurations s'étaient trouvées exactes.

Discussion. — FOCHIER fait remarquer que la tête ne s'engageant presque jamais, même dans les bassins plats, suivant le diamètre bipariétal, la connaissance de ce diamètre n'est pas extrêmement utile, d'autant moins que la malléabilité de la tête fœtale représente un élément important dans la parturition. Aussi faut-il se garder de tirer des conclusions trop larges de mensurations approximatives, lesquelles, d'après GRYNFELT, doivent en certains cas, du fait de la présence du liquide amniotique dans le segment inférieur, et de la contractibilité réflexe des parois abdominales utérines, être fort difficiles à obtenir; appréciation que ne justifie pas d'ailleurs l'expérience personnelle de M. PERRET. Ce dernier ajoute que le chiffre de 25 millim. à déduire de l'O. F. pour avoir le B. P. est constant à partir du sixième mois de la grossesse.

STAPFER. **Massage pour l'appréciation des signes de la grossesse.** — Le massage a permis à l'auteur de faire certaines observations intéressantes qui signalent le début de la grossesse : vers la fin du premier mois, la circulation dans la sphère pelvienne est plus active, le ventre est plus souple, la femme se sent plus légère, « *à ventre plat, enfant il y a* ». L'augmentation de l'utérus, dans les premiers mois, n'est pas précisément graduelle ; le massage, permet de constater des modifications de consistance, de volume, parfois brusques, qui tiennent à la production ou à la résorption d'infiltrations séreuses de la paroi utérine. Le relâchement, l'assouplissement de l'utérus varient beaucoup avec les sujets ; cet assouplissement est surtout remarquable au niveau du cul-de-sac antérieur.

CROUZAT. **Mort rapide après l'accouchement par suite d'une méningite infectieuse à pneumocoques.** — Femme multipare qui, pendant sa grossesse, n'a présenté aucun symptôme pathologique. Accouchement, comme les antérieurs, parfaitement normal. Le surlendemain, sans que rien ait pu faire prévoir une complication quelconque, céphalalgie, vomissements, quelques mouvements convulsifs et coma. Pupilles inégales, sensibilité diminuée aux membres inférieurs du côté gauche, contracture notable des membres supérieurs ; raideur de la nuque, tête légèrement renversée en arrière. *Mort* 48 heures environ après l'accouchement. A l'*autopsie*, méningite avec des traînées de pus le long de *tous* les vaisseaux qui rampent à côté des circonvolutions cérébrales au-dessous de la pie-mère. Dans ce pus, recueilli avec une pipette stérilisée, l'examen microscopique démontra la présence de *diplocoques lancéolés*, entourés d'une capsule (*pneumocoque* de Talamon-Frænkel). Son ensemencement dans des tubes de bouillon et de gélose donna des cultures pures de ce même micro-organisme, dont l'inoculation sous-cutanée chez une souris et un lapin amena en 48 heures la mort de ces animaux par septicémie. Des ensemencements faits avec les organes de ces animaux fournirent également des cultures pures de pneumocoques.

L'étiologie de ce cas reste obscure. Dans les antécédents pathologiques, à noter seulement une pleurésie, dix années auparavant.

Discussion. — KIEFFER note l'action aggravante, révélatrice que peuvent avoir grossesse et accouchement sur des phlegmasies actuelles ou anciennes. — DEMELIN rappelle le fait, observé à la clinique de la rue d'Assas (professeur Tarnier), d'une femme qui mourut subitement, 12 heures après être accouchée, et chez laquelle l'autopsie, seule, permit de reconnaître l'existence d'une pleurésie diaphragmatique, de nature tuberculeuse. — GUÉNIOT, en raison de l'ancienneté de la pleurésie et des accouchements ultérieurs qui évoluèrent normalement, ne croit pas qu'on soit autorisé, dans l'observation de M. Crouzat, à relier la pleurésie antérieure aux accidents qui tuèrent la femme.

CROUZAT. **Sur un cas de grossesse extra-utérine avec enfant vivant.** — Vers le septième mois d'une *grossesse extra-utérine*

des accidents ayant un caractère d'urgence étant survenus, on fit la cœliotomie. Le kyste fœtal incisé, on trouva un enfant, encore vivant, mais dont le crâne et le cordon avaient contracté des adhérences avec la paroi kystique. La destruction des adhérences se compliqua de rupture du cordon et par suite d'hémorrhagie considérable. L'enfant, atteint d'ailleurs de malformations multiples, mourut le jour même. Quant à la mère, elle mourut aussi un mois plus tard, des suites de la putréfaction du placenta dont les adhérences solides au péritoine pelvien, aussi bien pariétal que viscéral, avaient empêché l'ablation.

DEMELIN relate un cas de **présentation du siège décomplété, mode des fesses**, dans lequel il vint à bout facilement des difficultés, grâce à la méthode enseignée par le professeur Tarnier : un lacs est placé dans l'aine antérieure, sur lequel on tirera en arrière et à gauche, tandis qu'on agit avec le forceps, dont les cuillers prenant appui sur les cuisses fœtales, maintiennent ces cuisses redressées.

BRINDEAU (Paris). **Hydramnios due à un sarcome du rein.** — En raison d'une hydramnios abondante, la ponction des membranes devient nécessaire vers le cinquième mois de la grossesse : écoulement consécutif de 7 à 8 litres de liquide amniotique et accouchement prématuré. Placenta, 600 grammes ; enfant, 1,100 grammes, avec gros ventre, grosse rate, et ascite. L'autopsie démontra que ces accidents étaient la conséquence de la dégénérescence sarcomateuse d'un des reins. La veine ombilicale était dilatée et laissait transsuder facilement le liquide qu'on injectait.

BUÉ se basant sur deux faits, croit pouvoir établir une corrélation entre certains vomissements incoercibles et la môle hydatiforme, opinion en faveur de laquelle semble militer aussi un fait de vomissements opiniâtres et de dégénérescence molaire rapporté par BUDIN.

SCHWAB. **De l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de l'avortement incomplet.** — Reprenant une pratique inaugurée par le Dr Cordes (de Genève), pratique dont les résultats ont été publiés dans cette Revue par notre collaborateur, Schwab a administré la quinine à la dose de 1 gramme, en deux cachets, à dix minutes d'intervalle, dans 7 cas de rétention placentaire

abortive. Les *résultats* seraient *encourageants*. En général, l'expulsion placentaire a été obtenue en 4 heures et demie, par réveil des contractions utérines, et plusieurs fois alors que déjà elles étaient absentes depuis plusieurs heures. Donc, action positive. Jamais d'effets fâcheux. Pas d'apparences d'action tétanique. Au pire, échec du traitement, auquel cas, on peut passer à une autre thérapeutique, expectation antiseptique ou intervention active.

MAYGRIER (Paris). **Services d'isolement pour l'hospitalisation des femmes en couches infectées.** — Pour bien mettre en évidence la nécessité de services d'isolement pour les femmes en couches infectées, l'accoucheur de Laborisière produit les chiffres suivants : dans les salles d'isolement annexées à son service, il y a 6 lits, où il a pu, en peu plus d'un an, recueillir 96 malades dont 68 venaient de la ville, 28 de son service. Des 68 venues infectées de la ville, 10 sont mortes, soit 14 p. 100. Et, si l'on recherche le chiffre de la mortalité par rapport à la totalité des femmes infectées, il tombe à 11 p. 100. Or, pendant le même temps, 40 autres femmes infectées étaient, faute de place, soignées dans les autres services d'isolement. Pour elles, le chiffre de la mortalité s'éleva à 27 p. 100.

BUDIN insiste à son tour sur l'urgence qu'il y a à créer ces services d'isolement dans le double intérêt des femmes déjà infectées et des autres qui risquent de l'être du fait de leur voisinage.

(*A suivre.*)

REVUE DES PÉRIODIQUES RUSSES (1)

Opération césarienne pour bassin rétréci, par D. J. CHIRCHOW (Clinique du professeur Lebedeff) (2).

Femme de 35 ans, septième accouchement à terme ; un seul enfant est resté vivant, venu au monde en état d'asphyxie profonde ; les autres accouchements se sont terminés par la basio-

(1) Voir *Annales de gynécologie,* mars, p. 254, et avril 1897, p. 328.

(2) *Wratch,* 1896, n° 36, p. 589.

tripsie. D. Sp = 25 et demi ; D. Cr = 26 et demi ; Conj. ext. = 17,5 ; Conj. diag. = 9 ; Conj. vrai = 7 et demi ; D. Tr. = 29 — bassin rachitique, aplati. L'opération césarienne est faite six heures après la rupture de la poche des eaux ; l'incision de l'utérus faite sur la ligne médiane, tombe sur le bord du placenta adhérent et cause une hémorrhagie notable, d'autant plus que l'énucléation du placenta adhérent est difficile.

La cavité utérine est essuyée avec de l'eau phéniquée à 1 p. 100 ; 18 points musculo-sous-déciduaux, 22 points musculo-séreux ferment la cavité utérine, les trompes de Fallope sont liées et la paroi abdominale fermée complètement. Les suites sont fort simples, l'enfant (poids 4,450) est bien portant. L'involution utérine s'est faite très lentement ; 46 jours après l'opération le fond de l'utérus remontait à l'ombilic ; 3 mois et demi après l'opération il se trouvait à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Deux cas de mort par ménorrhagie, par le Dr Rakéeff (1).

Obs. I. — Paysanne de 15 ans, réglée pour la troisième fois ; la première fois les règles très abondantes avaient duré huit jours, la seconde fois elles avaient été modérées et à la troisième fois la jeune fille succomba exsangue au bout de quinze jours de ménorrhagie : l'autopsie montra l'anémie de tous les organes et l'intégrité des organes génitaux.

Obs. 2. — Paysanne de 16 ans, réglée depuis deux ans, toujours très abondamment ; elle avait de temps en temps des hémorrhagies gingivales et des épistaxis. Apportée à l'hôpital au quatrième jour de la ménorrhagie, profondément anémiée, elle fut traitée par l'ergotine, des injections chaudes, le tamponnement vaginal, les injections intra-utérines d'iode, mais sans succès ; elle succomba au bout de quinze jours. Comme dans le premier cas il n'y avait rien d'anormal du côté des organes génitaux.

Du traitement de l'hématocèle rétro-utérine, par C.-V. Jacoubovski (2).

L'auteur apporte une observation du service du professeur

(1) *Wratch*, 1896, n° 41, p. 1157, et *Journal d'accouchements et de gynécologie*, St-Pétersbourg, juin 1896.

(2) *Wratch*, 1896, n° 37.

Lebedeff, qui milite en faveur du traitement non opératoire de l'hématocèle.

La malade arrive à la Clinique après avoir présenté pendant sept mois divers accidents qui ont débuté au second mois d'une grossesse probable : métrorrhagie continuelle avec de rares interruptions, pertes de connaissance, douleurs abdominales et augmentation du volume du ventre. A l'hôpital, on reconnait l'existence d'une hématocèle rétro-utérine bien caractérisée, non suppurée, la limite supérieure de la tumeur arrivant à 3 centim. de l'ombilic. Le repos complet au lit, la régularisation des selles et l'alimentation convenable constituent tout le traitement; au bout d'un mois l'état général redevient bon, la tumeur diminua et la malade put se lever; quatre mois plus tard la tumeur était réduite au volume d'un œuf de poule et visiblement constituée par la trompe de Fallope distendue, les règles étaient revenues normalement et la santé générale était rétablie.

Kyste de l'ovaire rompu par un traumatisme, par le Dr Bogdanik (1).

Une femme de 22 ans, chez laquelle un médecin avait diagnostiqué une grossesse dans sa seconde moitié, tombe, est prise de douleurs et est envoyée par une sage-femme à la maison d'accouchement. On y reconnaît l'existence d'un vaste épanchement abdominal sans tumeur sensible, l'utérus étant du volume normal; une ponction évacue 20 litres de liquide épais et rouge foncé, après quoi il est possible de déterminer une tumeur de l'ovaire gauche. Au cours de la laparotomie faite quelque temps plus tard, on trouve en effet un volumineux kyste de l'ovaire portant une déchirure antérieure de 17 centim., une autre postérieure de 6 centim.; le kyste était multiloculaire et à surface irrégulière qui a permis la confusion avec les parties fœtales.

Dégénérescence vitreuse (hyaline) des nouveau-nés, par le Dr V. Joukovsky (2).

L'étude clinique et anatomique de l'auteur se rapporte à une maladie non décrite qui se place à côté de la dégénérescence graisseuse ou maladie de Bechl.

L'enfant, née à terme d'une femme atteinte de blennorrhagie et

---

(1) *Wratch*, 1896, n° 45, p. 1276; d'après une analyse.

(2) *Archives russes de pathologie*, 1897, vol. I, fasc. 1.

d'éclampsie légère et passagère, fut aussitôt prise d'ophtalmie grave, puis de pneumonie, de péritonite et succomba dans le marasme au bout de onze jours. Dès le surlendemain de la naissance les parties molles des talons et des mollets présentèrent une consistance de cire molle; puis ce fut comme si la cire durcissait en se refroidissant, — les parties molles devènaient de jour en jour plus résistantes, les godets, les sillons des langes ne s'effaçaient plus; à la fin, cet état avait gagné toute la surface du corps et il n'était plus possible de distinguer la peau et les muscles des os; en même temps l'enfant devint graduellement rigide et immobile. Un deuxième phénomène capital fut le refroidissement du corps; la température rectale oscilla entre 32°, 34°, 36° et ne monta à 37°,8 qu'une fois au cours de la pneumonie, l'enfant démailloté se refroidissait en quelques instants. Le poids initial de 2.170 gr. alla diminuant progressivement pour tomber à 1,640 gr. au bout de onze jours. L'apathie, la somnolence et l'affaiblissement de l'enfant furent tels qu'elle en arriva à ne pas pouvoir téter ni boire au biberon. Ajoutons que la chute du cordon fut absolument normale.

L'analyse des urines ne dénota rien d'anormal; l'examen bactériologique du sang fut négatif. A l'autopsie on trouva de la pneumonie, de la péritonite, de la myocardite (streptococcus, diplococcus de Fraenkel et une hyperhémie considérable de tous les viscères. La peau et le tronc cellulaire sous-cutané se présentaient sous forme d'une couche dense, épaisse, jaune grisâtre, nettement limitée du côté des muscles très pâles ou violacés. Histologiquement, il s'agit d'une dégénérescence hyaline des fibres conjonctives de la peau et du tissu sous-cutané et de la désintégration de ces fibres dégénérées en boules hyalines; la dégénérescence atteint les faisceaux conjonctifs intermusculaires, les gaines nerveuses et vasculaires, les vaisseaux de la peau présentent en beaucoup de points la transformation vitreuse la plus complète, les cellules ayant presque disparu, la tunique adventice formant une gaine d'aspect fort particulier, homogène, avec, par places, des boules hyalines. La même dégénérescence atteint les vaisseaux et les faisceaux conjonctifs du foie, sa capsule, les vaisseaux du poumon, de la rate, du pancréas, des reins à un degré moindre. Cette dégénérescence vitreuse n'existait pas dans les cas de sclérème des nouveau-nés que l'auteur a eu l'oc-

casion d'étudier et qui pourtant, cliniquement, se rapprochent des cas ci-dessus.

Opération césarienne avec issue favorable pour la mère et pour l'enfant, par le Dr J. M. Lwoff.

Femme tartare de 33 ans, gravement rachitique, deuxième grossesse à terme. Une première fois l'accouchement, quelque peu prématuré, avait dû être terminé par la crâniotomie et la crânioclasie du fœtus mort; aussi la femme fut-elle avertie de l'impossibilité d'un accouchement naturel. Taille 125, T. 27; D. Cr. 26, D. sp. — 23, conjug. ext. 13, conjug. diag. 7,5; bassin asymétrique; présentation du siège. L'opération césarienne fut faite avant la rupture de la poche des eaux, en plein travail; l'incision de l'utérus porta sur le placenta qui ne donna pourtant pas lieu à un écoulement sanguin notable; le placenta rapidement décollé et les membranes rompues, on retira un enfant qui se mit à crier aussitôt; l'utérus débarrassé du placenta se rétracta sans saigner et fut fermé à l'aide de 16 points de suture en deux étages. L'opération fut complétée par la ligature des trompes avec excision partielle. La guérison se fit sans incidents, la lactation s'établit abondante dès le quatrième jour et l'opérée quitta la Maternité de Kasan au bout de 24 jours. L'enfant pesait 3,680 grammes, son poids initial ayant été de 3,200 grammes.

Rupture de l'utérus en travail, guérison (1), par le Dr M. P. Larinsky.

Femme de 36 ans, huitième accouchement à terme, les cinq premiers fœtus étaient mort-nés, le sixième accouchement terminé par la basiotripsie, le septième par le forceps. L'auteur vit la parturiente deux jours après le début du travail qui s'était brusquement arrêté depuis trois heures; le fœtus se trouvait dans la cavité abdominale, l'utérus assez bien revenu sur lui-même; l'extraction du fœtus au forceps (sous chloroforme) ne fit pas de difficulté, le placenta sortit seul à l'aide de quelques pressions sur le fond de l'utérus et il fut alors reconnu qu'une grande déchirure occupait obliquement le 1/3 moyen de la paroi utérine

(1) *Wratch,* n° 4, 1897, p. 118.

antérieure ; ses bords furent rapprochés aussi exactement que possible à l'aide de la main introduite dans la cavité et surtout de la main abdominale, puis l'utérus tamponné à la gaze iodoformée, le vagin lavé à l'eau boriquée. Un bandage et la glace sur le ventre complétèrent le traitement fait sans aucun espoir de guérison. Au cours des manipulations l'auteur reconnut dans la cavité abdominale un kyste mobile de l'ovaire droit, diagnostiqué d'ailleurs un an auparavant. Contre toute attente, la malade se rétablit ; dès le 4e jour elle parut hors de danger, le 13e jour elle ne se plaignait plus que d'un peu de toux, mais un mois après l'accouchement elle arriva à la clinique dans un état des plus graves avec une vaste collection purulente dans la moitié droite de l'abdomen. Elle fut largement incisée, donna issue à une très grande masse de pus et à une membrane mortifiée au bout de quelques jours. La malade guérit complètement en conservant pendant quelque temps une fistule, laquelle finit par se fermer. Il y a eu probablement torsion du pédicule du kyste ovarien.

Un cas d'infection typhique intra-utérine, par le Dr V. Kolli (1).

Une femme de 21 ans, atteinte de fièvre typhoïde certaine, enceinte de cinq mois, avorte dans le courant de la quatrième semaine de la maladie ; l'un des fœtus était mort, l'autre fit encore quelques mouvements. A l'autopsie du premier on constata de l'hypertrophie de la rate et de la dégénérescence graisseuse du foie ; aussi le second fœtus fut-il autopsié après désinfection extérieure au sublimé et à l'aide d'instruments stérilisés. Des cultures faites dans ces conditions avec le foie et la rate donnèrent des cultures pures de bacille d'Eberth, possédant tous les caractères classiques y compris la réaction de Vidal.

Dr Nageotte-Wilbouchevitch.

(1) [illegible] 15 novembre 1876, et *Wratch*, 1897, n° 2, p. 50.

Le Gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1897

TRAVAUX ORIGINAUX

HOSPICE DE LA CHARITÉ DE LYON. — M. VINCENT, CHIRURGIEN-MAJOR.

HÉMATOCOLPOS ET HÉMATOMÉTRIE CONSÉCUTIFS A UN ACCOUCHEMENT NORMAL ET REMONTANT A DEUX ANS

Par M. **Xavier Delore**,
Interne des hôpitaux,
Aide d'anatomie à la Faculté de Lyon.

La rétention des règles dans l'utérus (hématométrie) ou dans le vagin (hématocolpos) ou encore simultanément dans le vagin et dans l'utérus reconnaît soit une disposition congénitale, soit encore une disposition acquise sous des influences diverses. La première cause due à un trouble de développement est certainement la plus fréquente, au dire des auteurs expérimentés ; la seconde est rare, au contraire, et c'est sur elle que nous désirons attirer l'attention en publiant une observation recueillie dans le service de notre maître, M. Vincent, chirurgien-major de la Charité.

Quelques auteurs nient l'existence de l'hématométrie compliquant l'hématocolpos et pour eux l'hématométrie ne peut exister que dans les cas où le rétrécissement des voies génitales porte sur la lumière de la cavité utérine. Nous n'avons ni la prétention, ni l'autorité suffisante pour ne pas

admettre que cette disposition est bien la plus fréquente ; nous constatons cependant que notre observation est un exemple indiscutable de dilatation simultanée du col de l'utérus et de la partie supérieure du vagin. Le col utérin était, en effet, manifestement dilaté d'une part ; le vagin, d'autre part, n'avait plus qu'une longueur de 4 à 5 centimètres : on n'y trouvait plus la moindre trace des culs-de-sac, ni le plus petit moignon qui pût représenter les lèvres du col ; enfin, l'autopsie permit de vérifier *de visu* la ligne de démarcation entre le col dilaté et le vagin dilaté et l'existence certaine d'une hématométrie et d'un hématocolpos. Ce fait n'est pas isolé ; Gelbke (Soc. gynéc. de Dresde, 1891) en a relaté une observation et l'on trouve figuré dans le livre de Pozzi un bel exemple de dilatation combinée de l'utérus et du vagin relaté par Barnes. Nous remarquerons enfin que, dans les deux cas de ces auteurs, le corps de l'utérus était ectasié, tandis que chez notre malade le col tout entier était dilaté considérablement, pendant que le corps de l'utérus ne l'était que très légèrement, atteignant au plus le triple de son volume normal.

Avant de retracer l'histoire de notre malade, intéressante au double point de vue de l'étiologie et du diagnostic, il est peut-être utile de préciser les origines différentes de l'atrésie acquise du vagin.

Il nous faut signaler les traumatismes accidentels ou chirurgicaux, les brûlures par les injections trop chaudes, les cautérisations, les atrophies séniles comme capables d'amener l'oblitération du vagin et du col de l'utérus. Toutes ces variétés étiologiques ne peuvent pas être invoquées chez notre malade qui avait eu six accouchements normaux, dont le dernier datait de deux ans et qui, depuis lors, n'avait jamais subi aucun traitement suspect ; elle a toujours été très affirmative aux nombreuses questions posées au sujet d'une brûlure par injection trop chaude ou d'une cautérisation quelconque.

Reste donc, en définitive, l'accouchement et nous savons

que Hengebauer l'incrimine comme la cause la plus fréquente des atrésies génitales acquises. Voici comment on peut expliquer son action : tantôt, il produit une vaste mortification des parois vaginales à la suite d'une pression ou pincement prolongés ; des fistules urinaires ou fécales peuvent être la conséquence de cette pression exagérée; mais alors on aura bien rarement une atrésie complète du vagin, puisque le passage des liquides et des matières en rend, *a priori*, la formation bien difficile : tantôt, la mortification produite par le passage du fœtus est plus superficielle, bornée simplement à la muqueuse des culs-de-sac vaginaux ; après cette ulcération, la cicatrisation se fera par une véritable réunion immédiate secondaire, pouvant amener l'oblitération plus ou moins complète du canal vaginal. Nous ferons remarquer qu'alors la formation d'une cicatrice rétractile sera relativement facile, puisqu'après l'accouchement et pendant l'état de nourrice, le repos génital est à peu près complet, condition éminemment favorable à la cicatrisation. Notre malade se trouvait dans ces conditions : le début de la rétention des règles remontait au dernier accouchement datant de deux ans et cette femme avait allaité son enfant ; aussi ne s'étonna-t-elle pas, pendant plusieurs mois, de l'absence complète des règles.

Mais ici se pose une question délicate à résoudre : comment l'ulcération a-t-elle pu se produire suffisamment étendue pour amener une oblitération secondaire complète du vagin, dans notre observation ? L'accouchement avait été normal, rapide, terminé en quatre ou cinq heures et sans aucune intervention ; la malade ayant eu déjà cinq accouchements normaux, avait une certaine expérience de ce travail physiologique et cependant elle affirmait que le dernier accouchement avait été aussi simple que les précédents. Devant cette absence, apparente tout au moins, de causes capables d'expliquer une gangrène superficielle du vagin, nous resterons sobre de discussion, en notant simplement l'accouchement comme l'occasion de la première ulcération

et laissant le lecteur juge d'appliquer telle ou telle pathogénie plus immédiate. Quoi qu'il en soit, l'accouchement dernier peut seul être incriminé et la rétention des règles remontait bien à cette époque; la longue durée de la période de rétention permet ainsi, à l'exemple des autres auteurs signalés, d'expliquer l'existence de l'hématométrie compliquant l'hématocolpos.

Voici cette observation :

Femme D..., 41 ans, entrée le 9 décembre 1896, salle Sainte-Madeleine, service de M. Vincent, chirurgien-major de la Charité de Lyon, ménagère.

Cette femme n'a pas d'antécédents pathologiques, et en particulier n'a jamais présenté aucune lésion appréciable du côté des organes génitaux. Elle a eu 6 accouchements absolument normaux ; le dernier eut lieu, il y a deux ans exactement et fut normal et même assez rapide, commencé à 8 heures du matin, il était terminé à midi sans accident appréciable, sans intervention. Les suites en furent simples, semblables aux suites des couches précédentes. Notre malade affirme qu'elle n'a jamais été brûlée par des injections trop chaudes et qu'elle n'a jamais subi de traitement gynécologique quelconque, elle n'a pas été examinée par un médecin, depuis son accouchement jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Cette femme a nourri son dernier enfant pendant 16 mois ; ses règles ne revenant pas, elle n'était pas étonnée, attribuant leur absence au nourrissage. Quand elle se présenta à l'examen, elle avait sevré son enfant depuis 8 mois et depuis son dernier accouchement, c'est-à-dire depuis deux ans, elle n'avait plus eu ses règles, ni aucune perte vaginale de quelque nature.

Quatre mois avant son entrée, elle ressentit dans le bas-ventre quelques douleurs d'abord vagues, bientôt plus violentes avec exacerbation à certains intervalles.

Il y a un mois, elle s'aperçut enfin de l'apparition d'une tumeur mobile dans la fosse iliaque droite. D'abord petite, cette grosseur augmenta peu à peu.

Depuis 8 jours, les douleurs sont devenues presque continues, la malade est agitée et présente quelques frissons surtout le soir. Il est probable qu'elle présentait déjà de la température à son

entrée, malheureusement par inadvertance on n'a pas pris la température de la malade avant la première intervention.

A l'entrée, on constate l'existence d'une tumeur prédominante dans la fosse iliaque droite et se prolongeant en bas dans le bassin. Cette tumeur est fluctuante, relativement mobile et manifestement développée aux dépens de l'utérus et du vagin.

Le toucher vaginal fait constater l'absence des culs-de-sac, l'absence de col utérin ; mais à 4 centimètres environ au-dessus de l'orifice vulvaire, le doigt sent une membrane tendue, de consistance uniforme et très fluctuante. Cette membrane ferme en bas la tumeur liquide, qui s'élève en haut, comme nous l'avons vu, jusque dans la fosse iliaque droite.

La tumeur ainsi constituée a refoulé l'utérus et les annexes, et il est bien difficile de reconnaître la part exacte qui revient au vagin dilaté et à l'utérus dilaté dans la formation de la tumeur, à un premier examen. Quoi qu'il en soit, le diagnostic est bien tumeur formée par la rétention des règles. M. Vincent pratique alors une petite ponction de la membrane qui cloisonne le vagin et aussitôt on voit s'écouler un verre environ de liquide brun chocolat, épais, visqueux, absolument caractéristique et confirmant pleinement le diagnostic. A la suite de cet écoulement, la tumeur abdominale semble disparaître et la malade, qui souffrait beaucoup, est immédiatememt soulagée. Enfin, asepsie avant, pendant et après l'intervention ; tampon vaginal pour modérer l'écoulement du liquide.

Le lendemain, 10 décembre, on pratique un débridement vaginal sur la membrane simplement ponctionnée le premier jour ; puis un lavage minutieux de la cavité est pratiqué à cause de la température qui atteint déjà 39°,5 ; enfin on pratique le tamponnement iodoformé.

Les jours suivants, comme la température est toujours élevée, on enlève la mèche et on pratique deux lavages antiseptiques par jour. Malheureusement, l'infection est trop intense et la malade meurt le 14 décembre, 5 jours après son entrée, avec les signes d'une septicémie péritonéale à marche rapide, c'est-à-dire avec du tympanisme abdominal, une température de 40°, un pouls rapide et filiforme, des yeux excavés et finalement du refroidissement des extrémités.

Autopsie. — Le 16 décembre on constate une péritonite sup-

purée généralisée par le mécanisme de la propagation ; car il n'y a pas de solution de continuité du péritoine et les orifices abdominaux des trompes ne semblent pas dilatés. On ne trouve pas d'hématosalpinx, ni salpingite ancienne ou récente.

L'infection partie de l'utérus dilaté a suivi les ligaments larges, par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques ou sanguins ; en effet, la base des ligaments larges est complètement infiltrée par le pus, aussi bien à droite qu'à gauche. Il n'existe pas d'orifice faisant communiquer ces zones infiltrées, soit avec l'utérus ou le vagin, soit avec le péritoine.

L'utérus est en position normale, son volume est double du volume normal et son fond dépasse de 3 centimètres environ le bord supérieur de la symphyse pubienne. Après avoir enlevé l'utérus, on constate que le col est très dilaté, à tel point qu'on ne peut plus reconnaître ses deux lèvres, qui, au premier abord, semblent se confondre avec les parois vaginales. Néanmoins, un examen plus attentif permet de constater que l'orifice externe très aminci s'arrête à deux centimètres environ au-dessus des lambeaux flottants qui représentent les débris de la cloison vaginale débridée. Il y avait donc hématocolpos et hématométrie simultanés. La cavité cervicale est donc très dilatée ; l'orifice interne dilaté aussi laisse passer l'index très facilement ; enfin la cavité du corps utérin normalement virtuelle, est ici très manifeste et le doigt peut l'explorer facilement dans toutes ses parties. L'épaisseur du muscle utérin est considérablement augmentée.

Rien à noter dans les autres organes.

En résumé, cette malade a présenté un hématocolpos et une hématométrie consécutivement à un accolement des parois vaginales ; ce cloisonnement du vagin s'est formé, sans aucun doute, dans les premières semaines qui ont suivi l'accouchement par cicatrisation d'une ulcération superficielle produite pendant le travail, mais dont la cause a été si minime qu'elle a passé complètement inaperçue.

L'issue a été fatale, pour deux raisons principales : on connaît bien la gravité de l'ouverture de ces collections, telle que Desprès conseillait encore, il y a quelques années, de s'abstenir de toute intervention, opinion que nous sommes

loin de vouloir défendre; en second lieu, nous avions affaire à une malade très débilitée, peut-être déjà infectée depuis quelques jours, puisqu'elle avait eu des frissons et des symptômes de septicémie. Ainsi s'explique la marche rapide de la péritonite, signalée par une température de 40°, le soir même de la première intervention, quand on consulta le thermomètre pour la première fois. Il ne nous semble pas qu'on puisse accuser les manœuvres opératoires faites avec une asepsie minutieuse.

A l'exemple de la majorité des gynécologistes, M. Vincent a pratiqué l'ouverture de la collection en deux temps: d'abord une simple ponction permit l'évacuation partielle ; 24 heures après, un débridement donna issue au reste du liquide hématique. Malgré la terminaison fatale, la collection doit, en effet, toujours être traitée de cette façon, malgré l'avis de Desprès, qui nous ramènerait aux errements, bien justifiables alors, de la période préantiseptique. Dans notre cas, l'intervention était doublement indiquée par les signes précurseurs de la suppuration de la collection sanguine, qui peut arriver, on le sait, avant toute communication avec l'extérieur, aussi bien que la suppuration de l'hématocèle.

En terminant, nous signalerons avec les auteurs, la remarquable tendance à l'infection que présentent les tumeurs hématiques, qui ne doivent être abordées, par conséquent, qu'avec des précautions d'asepsie poussée à ses dernières limites, aussi bien que dans une laparotomie.

QUELQUES CAS DE RIGIDITÉ « DITE » SPASMODIQUE DU COL TRAITÉS PAR LA RUPTURE DES MEMBRANES

Par M. **G. Fieux**.

Si nous résumons en quelques mots la façon dont s'effectue normalement la dilatation pendant le travail, nous pouvons dire que celle-ci est le résultat d'une lutte qui s'établit d'une part entre la musculature énergique de la zone supérieure

de l'utérus et d'autre part la musculature faible du segment inférieur et du col.

Au début le col et le segment inférieur, se contractant comme le reste, résistent à la pression qu'exerce sur eux plus ou moins indirectement la zone supérieure. Dans cette période en effet l'orifice se resserre au début de la contraction et se relâche dans l'intervalle. C'est ce que l'on remarque depuis l'effacement jusqu'à la dilatation de deux francs à peu près.

Puis l'action prédominante de la zone supérieure se fait sentir : pendant la contraction l'orifice cervico-utérin ne se rétrécit plus, mais il ne se dilate pas encore. Dilatation comme deux francs en moyenne.

Si l'on attend davantage on voit que la musculature supérieure triomphe de la résistance du col qui devient passif. Celui-ci est pour ainsi dire paralysé ; l'orifice est devenu dilatable pendant la contraction. Dilatation de deux francs jusqu'à la dilatation complète.

Mais pour avoir raison du col, la musculature supérieure doit agir par contractions intermittentes. Pour cela tout le monde est d'accord : l'intermittence est une condition essentielle pour que les *douleurs portent*, aussi bien au moment de la dilatation que pendant la période d'expulsion.

La contractilité utérine est sujette à une modification qui quelquefois entrave la marche régulière du travail, c'est son état tonique ou permanent. Alors plus d'intermittences marquées. L'utérus ne se relâche pas. La poche des eaux a une tension insolite et continuelle. On n'assiste que de loin en loin à quelques légères exacerbations dans l'action utérine.

Or, dans les quelques cas semblables qu'il nous a été donné d'observer, chaque fois nous avons rencontré du côté du col tous les symptômes dont l'ensemble constitue un état particulier connu sous le nom de rigidité spasmodique.

Obs. I. — F[illegible] ans, [illegible], bien portante, arrive à la Maternité [illegible] Date des dernières règles :

6 au 8 juin. La grossesse est donc à la fin du neuvième mois. A son entrée à la salle d'accouchement à 11 heures 1/2 du soir, elle nous dit souffrir depuis deux heures et demie environ, mais depuis une heure les douleurs sont devenues rares et peu fortes.

L'utérus remonte à 31 cent. au-dessus du pubis, les parois sont dures, rendent le palper difficile. Présentation du sommet engagé, mais encore assez haut dans l'excavation. O. I. D. P. Dilatation comme deux francs. Bords de l'orifice amincis et rigides, membranes tendues ne permettant pas au doigt d'atteindre la tête. L'utérus ne se relâche pas. Le malaise est constant et à aucun moment les membranes ne s'assouplissent. De loin en loin, toutes les vingt minutes environ, une légère exacerbation provoque quelques plaintes.

Pas de changement dans le courant de la nuit, ni dans la matinée du lendemain. Le 5 à 11 heures du matin, la dilatation étant la même 12 heures auparavant, rupture artificielle des membranes. L'utérus et le col restent encore durs une à deux minutes, puis se relâchent. Au bout de 6 minutes, première contraction violente de 50 secondes.

A partir de ce moment, elles se succèdent régulières, toutes les 4, puis toutes les 3 minutes, avec relâchement de l'utérus dans l'intervalle.

A midi et demi, dilatation complète. A 1 heure, expulsion d'un enfant du sexe féminin.

Suites de couches physiologiques. Départ au huitième jour.

Obs. II. — Femme de 17 ans, primigeste, est reçue dans le service le 7 avril. Toujours bien portante. Réglée convenablement depuis l'âge de 13 ans.

Dernières règles du 8 au 13 juillet.

Le 21 avril, entrée à la salle de travail à 9 heures du soir, des douleurs ayant commencé 3 heures auparavant. Le fond de l'utérus regardant à peine à droite est à 29 cent. du pubis.

Les parois de l'organe sont résistantes, et pendant dix minutes nous attendons en vain un relâchement qui nous permette de pratiquer le palper. Ce n'est que très confusément que nous percevons les petits membres à gauche et en avant, ainsi que le front qui regarde du même côté. La tête, descendue dans l'excavation, repose presque sur le plancher du bassin. Le segment inférieur est fortement tendu, ainsi que les bords amincis de l'orifice dont

le diamètre mesure à peu près trois centimètres. Les membranes à peine dépressibles ne sont séparées de la tête que par une mince couche de liquide amniotique. Le doigt introduit entre l'œuf et le segment inférieur ne rencontre aucune adhérence.

Les douleurs ressenties dans tout le ventre sont très pénibles et sans répit.

Des injections chaudes fréquemment renouvelées n'amènent aucun changement. Après l'injection, légère exagération de la douleur et de la tension utérine, mais la dilatation ne progresse nullement.

Le 22 à 6 heures du soir, c'est-à-dire 33 heures après son entrée à la salle de travail, le diamètre de l'orifice est toujours de 3 centimètres. Rupture artificielle des membranes, écoulement d'une très petite quantité de liquide amniotique.

Très rapidement les parois utérines deviennent souples; 12 minutes après, apparition de contractions espacées et vigoureuses, si bien qu'au bout de deux heures la dilatation est complète.

A 10 heures l'accouchement est terminé. Enfant du sexe féminin pesant 3,300 grammes. Rien de particulier pendant la délivrance ou les suites de couches.

Départ au neuvième jour.

Obs. III. — Femme de 24 ans, tertipare, entre à la Maternité le 23 avril 1896. Réglée à 14 ans d'une façon satisfaisante.

Première grossesse à 19 ans : accouchement naturel à terme, enfant vivant.

Deuxième grossesse à 21 ans : accouchement dans les mêmes conditions que le premier.

Dernières règles du 27 au 31 juillet. Apparition des mouvements actifs au commencement de décembre.

Le ventre est distendu. L'utérus remonte à 45 centimètres au-dessus du pubis. 109 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic. Grande quantité de liquide amniotique.

La tête très volumineuse est mobile au-dessus du détroit supérieur. Le dos est à droite et en arrière. Bassin normal.

Entrée à la salle de travail le 26 avril à 9 heures du soir. Les contractions se maintiennent régulières, bien espacées, jusque vers 11 heures.

Dans l'intervalle le col est souple et les membranes pas trop

tendues permettent au doigt de faire balloter la tête. A 11 heures les douleurs cessent pour faire place à un malaise constant, très pénible qui persiste toute la nuit. L'orifice mesure 4 centimètres de diamètre, mais ses bords, de même que les membranes, ont perdu leur souplesse.

Le 27 à 8 heures du matin l'état est le même. Les contractions rares sont à peine accusées. L'utérus est en demi-tension permanente. La poche d'eaux, assez volumineuse et résistante, empêche d'atteindre la tête toujours très élevée.

Rupture provoquée des membranes en faisant fixer la tête et en modérant l'issue du liquide amniotique. Après un écoulement de 1,500 grammes la tête se fixe au détroit supérieur.

Relâchement du muscle utérin qui dure huit minutes, puis réapparition des contractions régulières.

A 9 heures la dilatation est complète.

Mais subitement les bruits du cœur de l'enfant deviennent faibles et irréguliers. Une version amène un enfant vivant du sexe masculin pesant 4,450 grammes. Puis viennent encore 500 grammes de liquide amniotique et un placenta de 1,080 grammes. Suites de couches normales. Sortie au onzième jour.

Obs. IV. -- Femme de 39 ans, toujours bien portante, réglée depuis l'âge de 11 ans, a déjà eu deux grossesses à 24 et 26 ans, toutes deux terminées par un accouchement naturel à terme.

Dernières règles du 14 au 19 juillet. Aucune maladie, ni aucun incident dans le cours de la grossesse actuelle.

Cette femme arrive en travail à la salle d'accouchement le 29 avril à 9 heures du matin, à terme par conséquent. Le fond de l'utérus légèrement incliné à droite s'élève à 29 centimètres au-dessus de l'excavation.

Le palper est facile. Le fœtus est en O. I. G. A., tête appuyée au détroit supérieur. La dilatation est comme une pièce de 1 franc dans l'intervalle des contractions, et diminue un peu au moment des douleurs. Les bords de l'orifice sont souples, ainsi que les membranes que le doigt déprime aisément pour explorer la tête fœtale.

A 9 heures et demie, dilatation comme 2 francs, mais à partir de ce moment les contractions s'affaiblissent tout en se rapprochant, si bien qu'à partir de 10 heures l'utérus reste dur. Il n'est presque pas possible de percevoir les parties fœtales soit par le palper,

soit par le toucher vaginal. Les bords de l'orifice dont le diamètre mesure 3 centimètres sont amincis et tranchants. Les membranes sont résistantes.

Des injections chaudes n'amènent aucune modification. La femme ne crie plus, mais elle se plaint d'une douleur sourde et constante dans les reins et tout le ventre.

Le lendemain 30, rien de changé. La dilatation n'a pas progressé; l'utérus, le col, les membranes sont dans le même état de tension. Injections chaudes. A 4 heures du soir un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée ne fait qu'exagérer l'état d'énervement extrême dans lequel se trouve la malade.

Le surlendemain 1er mai, la femme est plus calme, pas de modifications dans la consistance de l'utérus, des bords de l'orifice, ou dans la tension des membranes.

Le 2, à 8 h. et demie du matin, rupture artificielle des membranes; 100 à 150 grammes de liquide s'écoule, la tête appuie sur l'orifice.

Pendant dix minutes encore l'utérus reste tendu et les bords de l'orifice rigides, puis brusquement fait suite une inertie complète : utérus souple, col dilatable sous le doigt, pas la moindre douleur.

Cet état persiste jusqu'à 10 heures. Injections chaudes prolongées. Presque aussitôt surviennent des contractions énergiques et fréquentes.

Le segment inférieur descend dans l'excavation, poussé par la tête. Dilatation complète à deux heures.

Une demi-heure après, expulsion naturelle d'un enfant vivant pesant 3,450 grammes.

Suites de couches normales. Départ de la femme au huitième jour.

Obs. V. — Femme de 22 ans, entre le 9 mai à la Maternité. Ayant toujours joui d'une excellente santé, elle est enceinte pour la première fois, ses dernières règles ayant apparu du 6 au 10 août.

La grossesse évolue sans le moindre incident et, le jour même de son arrivée, c'est-à-dire dans les derniers jours du neuvième mois, le travail se déclare.

Souffrant déjà depuis trois quarts d'heure, nous dit-elle, elle n'arrive à la salle de travail qu'à 8 heures du soir. Le fond de

l'utérus, situé sur la ligne médiane, remonte à 33 cent. au-dessus du pubis. Le palper, rendu très difficile par la tension des parois de l'organe, permet cependant de reconnaître la tête mobile au détroit supérieur, le front tourné à gauche, et les petites extrémités à gauche et en avant. Le col complètement effacé est dilaté comme deux francs. Les bords de l'orifice sont rigides. Pendant la nuit pas de changement. La femme se plaint de douleurs continues dans les reins et le bas-ventre. Toute la journée du 10, sensation de crampe dans tout le ventre, sans répit, avec quelques légères exacerbations très espacées. L'utérus conserve sa consistance dure. A 10 heures du soir la dilatation n'a pas avancé. Les bords de l'orifice sont minces, résistants, et les membranes constamment tendues empêchent d'arriver jusque sur la tête.

Le doigt introduit entre l'œuf et le segment inférieur trouve en arrière et assez loin quelques adhérences qui se laissent rompre avec la plus grande facilité. Des injections chaudes prolongées, un tamponnement vaginal n'arrivent qu'à exaspérer la sensation pénible qu'éprouve la malade.

Le 11 mai, pas de changement. La femme souffre moins, bien que l'utérus ait toujours la même dureté. Injections prolongées. A 5 heures du soir le diamètre de l'orifice mesure à peu près 3 centimètres, ses bords sont minces et résistants, les membranes conservent leur tension constante.

A 6 heures, rupture artificielle des membranes : issue de deux ou trois cents grammes de liquide, la tête appuie sur l'orifice. Pendant 3 ou 4 minutes l'utérus reste vivement contracté sur le fœtus, puis se relâche d'une façon complète durant dix minutes. Le palper, jusqu'alors difficile, se fait très aisément. Les bords de l'orifice cervico-utérin sont parfaitement souples.

Puis les contractions se montrent énergiques et régulières toutes les 3 minutes.

A 8 heures 1/2 la dilatation est complète. A 9 heures 1/2, expulsion d'un enfant du sexe masculin pesant 2,850 grammes.

Suites de couches physiologiques. Sortie de la mère au huitième jour.

Le nombre de ces observations est trop restreint pour que l'on puisse tirer des conclusions sur tous les points. De ces 5 femmes, 3 étaient primipares et 2 tertipares ; 4 fois sur 5

la présentation a été le sommet en droite postérieure. Évidemment nous donnons ce détail pour ce qu'il vaut, sans penser devoir nous y attacher davantage.

Mais si nous groupons les particularités qui se sont montrées d'une façon constante, nous voyons que ce travail anormal aboutissant à la soi-disant rigidité spasmodique évolue de la façon suivante :

Au début les contractions espacées et régulières provoquent l'effacement et conduisent l'orifice jusqu'à une dilatation égalant en moyenne 3 centimètres. Ce premier stade de la dilatation nous a même paru s'effectuer toujours très rapidement.

Puis à partir de ce moment les contractions deviennent très rapprochées, subsistantes, et aboutissent à l'état de tension permanente de l'utérus.

Les parois de l'organe, moins souples qu'à l'état de repos, moins dures que pendant une contraction vraie rendent le palper difficile et douloureux.

Les douleurs ne sont plus vives et espacées, elles sont sourdes, continues, énervantes, revêtent chez quelques femmes le caractère de crampe et c'est bien alors que la période de dilatation mérite à juste titre le nom de période de desespoir.

En même temps les bords de l'orifice deviennent amincis, tranchants, non dilatables sous le doigt, *rigides* en un mot, et les membranes constamment tendues rendent difficile l'exploration de la partie fœtale qui se présente au-dessus d'elles.

Mais il est un fait à remarquer, *c'est que la contracture du col n'est pas primitive : elle ne fait que suivre celle de la musculature supérieure.*

Si le col ne se dilate pas, c'est qu'il lui manque de quoi se dilater : les contractions énergiques et intermittentes. S'il est dur, c'est que, suivant l'expression de Doléris, le col [illegible] de l'utérus tout entier, de la même manière que l'état saburral de la langue [illegible] l'existence d'une lésion [illegible]

Ce n'est donc pas rigidité spasmodique du col qu'il faudrait dire, mais bien rigidité utérine totale.

L'état du col n'est qu'un symptôme, n'est que le reflet de la rigidité de la musculature supérieure.

Cette rigidité apparaît lorsque l'orifice cervico-utérin arrive à mesurer 2 à 3 centimètres de diamètre, comme nous l'avons déjà dit, c'est-à-dire au deuxième temps de la dilatation, au moment où, sous l'effort de la musculature supérieure, l'orifice ne se retient plus, mais ne se dilate pas encore.

On dirait que l'utérus est figé pour un temps indéfini dans ce stade normal de la période de dilatation.

Laissée à elle-même, la rigidité utérine peut persister fort longtemps, puisque, dans les faits que nous venons de rapporter, l'intervention l'a interrompue au bout de 9 heures, 11 h. 1/2, 33 heures, 45 heures et même 59 heures.

Il est d'usage courant, lorsque pendant le travail la dilatation ne progresse plus, d'employer le tamponnement vaginal, les injections chaudes, en un mot tout ce qui est susceptible d'éveiller ou d'exagérer les contractions utérines.

Or, avant de mettre en œuvre ces divers moyens qui donnent d'excellents résultats dans les fausses rigidités par inertie, il faut s'assurer que l'on n'a pas affaire à une fausse rigidité par contracture.

Dans ce dernier cas, il est tout à fait irrationnel de vouloir exciter la fibre utérine. Nous l'avons bien vu chez les femmes que nous avons examinées : les injections, le tamponnement vaginal ne font qu'exagérer la tension douloureuse de l'utérus sans faire progresser en rien la dilatation de l'orifice.

Nous ne parlons pas des divers topiques appliqués sur le col, dont l'inefficacité nous paraît bien facilement explicable par ce fait que ce n'est pas le col seul qui est en cause, mais aussi et surtout la musculature supérieure.

C'est donc la contractilité du corps de l'utérus qu'il faut atteindre et modifier, en s'adressant aux agents capables de la modérer, ou de la régulariser tout au moins.

Ici les médicaments hypnotiques et en particulier le chloral et le chloroforme, ont une action des plus efficaces.

Dans la thèse de M. Charuel nous trouvons 7 observations de M. Rivière se rapportant à la rigidité spasmodique (avec intégrité des membranes) et dans lesquelles le chloral amena une dilatation rapide.

D'autre part, Pinard n'a-t-il pas démontré que les inhalations chloroformiques déterminaient un accroissement de la durée des intervalles des contractions et une diminution de la durée de l'acmé de ces mêmes contractions. Si donc la rigidité utérine est considérée comme une série de contractions subintrantes à acmé très longue, il n'est pas étonnant de voir sous l'influence du médicament le travail reprendre son allure normale.

Mais il est une autre méthode, des plus simples, qui en quelques minutes change complètement la marche du travail, je veux parler de la rupture artificielle des membranes.

Charpentier range cette rupture précoce des membranes parmi les principales causes de la soi-disant rigidité spasmodique du col.

Mais n'est-il pas probable que, dans les faits sur lesquels il s'appuie, il existait plutôt du côté du col de ces modifications, que MM. Wallich et Bouffe de Saint-Blaise ont constatées dans certains cas de perturbations des contractions utérines. Or ces perturbations, on le sait, apparaissent fréquemment à la suite de la rupture des membranes, à un moment éloigné de la dilatation complète.

Smellie préconise la rupture des membranes pour accélérer le travail, mais sans bien faire comprendre s'il s'agit de la période de dilatation ou de la période d'expulsion : « Lors donc que les membranes sont fortes, ou qu'elles sont si longtemps sans s'ouvrir que l'accouchement en est retardé, il faut les rompre sans aucun délai, pourvu que l'orifice interne soit assez dilaté. »

Schrœder qui admet comme très active, même pendant la période de dilatation, ce que Schatz a désigné sous le nom de *force de restitution de forme*, déclare que la rupture des

membranes est efficace même dans les cas où la distension de l'œuf n'est nullement exagérée, et considère la rupture des membranes comme un des moyens par excellence propres à activer le travail, lorsque l'accouchement traîne en longueur.

Pinard précise davantage et, qu'il y ait ou non excès de liquide, recommande la rupture de l'œuf *lorsque la dilatation étant stationnaire les membranes restent tendues dans l'intervalle des contractions.*

Or, cette tension permanente insolite est constante dans la rigidité spasmodique du col ou mieux dans la rigidité utérine totale.

Comment agit exactement dans ces cas l'ouverture de l'œuf? Il est difficile de le dire. Ce qu'il y a de certain c'est qu'à partir de ce moment, que la quantité de liquide qui s'écoule soit forte ou minime, la contractilité utérine est sensiblement modifiée.

Chaque fois, immédiatement après la déchirure des membranes, nous avons pu constater :

1° Que l'utérus reste encore contracté pendant quelques minutes.

2° A cet état de contracture permanente succède un relâchement complet qui a duré 7, 8, 10, 12 minutes. Une fois même l'inertie a duré une heure et demie et l'eau chaude a dû être employée pour réveiller la contractilité.

3° Après un repos généralement court, les contractilités se montrent, intermittentes et énergiques, complétant la dilatation d'une façon rapide.

Nous ne pouvons mieux faire que résumer en quelques chiffres les 5 observations :

DILATATION ARRÊTÉE DEPUIS	RUPT. DES MEMBRANES Dilat. complète au bout de :
11 h. 1/2	1 h. 1/2
33 h.	2 h.
9 h.	1 h.
45 h.	5 h. 1/2
59 h.	2 h. 1/2

L'avantage de ce procédé est la rapidité d'action et nous oserions même dire son efficacité constante, bien que nous appuyant sur bien peu d'observations. De plus, il ne possède pas les inconvénients du chloroforme ou du chloral, troubles gastriques et torpeur qui se prolongent quelquefois assez longtemps après la délivrance.

Néanmoins il est bien entendu que cette méthode ne devra être employée que tant que l'on se sera assuré que la présentation eutocique pourra appuyer régulièrement sur le segment inférieur.

La médication hypnotique reste une ressource précieuse lorsque la rigidité utérine coïncidera soit avec un rétrécissement du bassin, soit avec la présence du cordon en arrière des membranes, en somme, toutes les fois qu'il y aura indication absolue à ménager l'intégrité de l'œuf jusqu'au moment de la dilatation complète.

ÉTUDE SUR LE DÉTROIT SUPÉRIEUR DU BASSIN NORMAL DANS LA RÉGION LYONNAISE (1)

Par le Dr **F. Commandeur**,
Ancien aide d'anatomie,
Moniteur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon.

Des bassins petits.

Les bassins petits présentent tous un caractère commun c'est que le sacro-pubien constitue le diamètre le plus fixe de ces bassins et que la réduction porte toujours sur les obliques et le transverse. Ceci s'explique facilement car dès que le sacro-pubien descend à 10 centim. ce n'est plus un bassin suffisant qu'on a, mais un bassin généralement rétréci, et c'est dans cette classe que nous les avons rangés. Par suite leur nombre est très restreint, nous en avons 10 sur 94 bassins, soit pas tout à fait 1 sur 10 bassins suffisants.

---

(1) Voir le numéro de mai 1897, page 375.

Nous les diviserons en deux classes :

1° Bassin généralement petit.

2° Bassin petit à sacro-pubien conservé.

Le bassin aplati disparaît donc du cadre des bassins petits suffisants car il imprime une réduction du sacro-pubien par rapport au transverse qui en ferait un bassin pathologique.

A. — *Bassin généralement petit.* — Ils sont au nombre de 4 sur 10, c'est-à-dire pas tout à fait la moitié. Ils forment une série qui s'étend des limites inférieures du bassin moyen jusqu'aux supérieures du bassin généralement rétréci pathologique, tous les diamètres ont subi une réduction parallèle ou à peu près, mais il faut noter que c'est encore le sacro-pubien qui a le moins de tendance à diminuer, alors que le transverse peut descendre à 12,2 et les obliques à 11,3. Il n'y a donc pas un parallélisme tout à fait exact dans la diminution des divers diamètres. Cette tendance à la diminution faible du sacro-pubien se retrouve dans la deuxième classe.

B. — *Bassins petits à sacro-pubien conservé.* — Cette conservation du sacro-pubien les rend analogues à ceux que nous avons vus dans les bassins grands et moyens comme bassin à sacro-pubien dominant, mais ici ce n'est pas le sacro-pubien qui augmente considérablement plus que les autres diamètres mais ceux-ci qui diminuent beaucoup alors que le sacro-pubien reste fixe ; mais en fin de compte le rapport revient au même.

Nous en avons 6 sur 10, soit 3 sur 5 bassins petits. Ils ont tous 10,5 de sacro-pubien alors que les obliques descendent jusqu'à 11,4 et le transverse à 12,3.

Le tableau suivant résume ces données numériques.

Bassins suffisants.

		NOMBRE	POUR 100
Bassins grands. 38	généralement agrandis..	16	17
	aplatis..................	12	12.76
	à sacro-pubien dominant.	8	8.5
	circulaires..............	2	2.12

Bassins moyens. 46	normal	17	18
	aplati	17	18
	à sacro-pubien dominant.	8	8.5
	circulaire	2	2.12
	à oblique dominant	2	2.12
Bassins petits.. 10	généralement petit	4	4.24
	à sacro-pubien dominant.	6	6.36

Si maintenant, nous laissons de côté le *volume* du bassin et si nous ne tenons compte que de la *forme* qui s'exprime numériquement par le rapport des différents diamètres entre eux ou comparé à l'un d'eux pris pour unité, nous obtenons le tableau suivant.

		NOMBRE	POUR 100
Bassins	de forme normale	37	39.36
	aplatis	29	30.85
	à sacro-pubien dominant.	22	23.4
	circulaire	4	4.24
	à oblique dominant	2	2.12

Les tableaux suivants (p. 445 à 447) donnent le détail et les dimensions de chacun de ces bassins. On y trouve rangés à la suite des bassins suffisants ces bassins rétrécis que nous avons rencontrés dans nos recherches sur un total de 120 bassins.

Ces chiffres établis nous permettent donc de conclure que dans la région lyonnaise :

1° Dans la moitié des cas le bassin s'approche sensiblement par ses *dimensions* du bassin normal type.

2° Dans 40 pour 100 des cas, il est plus grand que le bassin normal.

3° Dans 9 pour 100, il est plus petit que le bassin normal.

4° 40 fois sur 100 la *forme* du bassin se rapproche de celle du bassin type.

5° De suite après vient, comme fréquence, le bassin aplati (30 pour 100; ce qui, en tenant compte des bassins aplatis rétrécis consignés dans le rapport du professeur Fochier au

Bassins de forme aplatie.

NUMÉROS	CONJUGUÉ VRAI	TRANSVERSE	OBLIQUE DROIT	OBLIQUE GAUCHE
1	108 mm	151 mm	133 mm	137 mm
2	107	150	138	141
3	107	152	140	136
4	107	145	135	130
5	104	165	150	150
6	104	143	124	127
7	102	145	133	124
8	102	143	128	132
9	100	139	127	130
10	99	143	127	128
11	99	140	125	128
12	99	137	123	128
13	98	145	132	135
14	98	144	132	131
15	98	138	122	126
16	98	134	125	130
17	98	132	120	125
18	97	147	127	132
19	97	142	131	129
20	97	137	124	127
21	97	133	122	123
22	67	140	126	122
23	97	135	125	120
24	96	146	134	133
25	96	139	129	126
26	96	143	124	129
27	96	136	124	120
28	96	130	123	123
29	96	136	125	127
30	94	134	124	125
31	94	141	127	130
32	93	133	121	123
33	93	140	123	136
34	91	139	133	120
35	91	146	128	125
36	90	141	129	133
37	90	140	123	123
38	89	140	124	127
39	88	137	124	120

Bassins de forme normale.

NUMÉROS	CONJUGUÉ VRAI	TRANSVERSE	OBLIQUE DROIT	OBLIQUE GAUCHE
1	125 mm	150 mm	142 mm	144 mm
2	120	144	133	138
3	119	142	133	132
4	117	150	136	140
5	115	143	134	137
6	114	140	127	131
7	113	145	133	137
8	112	141	130	134
9	112	140	130	127
10	111	144	131	131
11	111	144	134	134
12	111	144	133	138
13	110	133	124	124
14	109	141	135	129
15	109	140	130	130
16	109	140	121	124
17	109	136	125	126
18	108	142	133	136
19	108	131	119	127
20	108	133	118	126
21	108	134	123	127
22	107	141	133	128
23	107	136	127	128
24	107	133	123	125
25	107	140	126	128
26	107	135	127	129
27	105	137	127	127
28	103	132	128	122
29	103	137	122	124
30	103	138	126	130
31	103	135	126	127
32	103	132	113	117
33	102	136	127	129
34	102	130	123	119
35	101	128	118	123
36	100	133	125	125
37	93	122	115	114
38	93	126	121	122
39	89	126	117	117

Bassins à prédominance du sacro-pubien.

NUMÉROS	CONJUGUÉ VRAI	TRANSVERSE	OBLIQUE DROIT	OBLIQUE GAUCHE
1	129mm	137mm	131mm	130mm
2	128	138	126	131
3	127	144	139	140
4	127	132	126	131
5	125	136	134	131
6	125	132	124	127
7	122	139	130	130
8	122	140	128	133
9	117	135	131	129
10	117	124	125	126
11	117	134	129	127
12	116	138	131	128
13	116	134	126	126
14	115	126	119	123
15	114	136	129	127
16	113	137	127	129
17	112	130	123	128
18	106	126	124	117
19	105	123	116	116
20	105	123	114	119
21	105	125	120	115
22	105	122	117	116

Congrès International de Genève 1896, nous donne 32,5 p. 100 de bassins de forme aplatie dans la région lyonnaise).

6° 23 fois sur 100 se trouve le bassin à sacro-pubien dominant.

7° Enfin, comme formes rares, le bassin circulaire (4 p. 100) et le bassin oblique dominant (2 p. 100).

L'étude précédente a eu pour but d'envisager les variations des différents diamètres les uns par rapport aux autres et les modifications de ces rapports. Nous avons vu qu'elle a abouti en somme à 4 types.

1° Le bassin de type normal.

2° Le bassin aplati à S. P. réduit (ordinairement à transverse dominant).

3° Le bassin à sacro-pubien dominant.

4° Le bassin circulaire.

La forme à oblique dominant est tout à fait exceptionnelle et accessoire. Nous allons maintenant envisager les variations quantitatives de chacun des diamètres cardinaux envisagés isolément.

VARIATIONS DU SACRO-PUBIEN. — L'échelle dans laquelle se meut ce diamètre est assez étendue. Elle s'étend depuis 9 cent.6, limite inférieure au-dessus de laquelle le bassin est rétréci, jusqu'à 13,1 qui occupe le point culminant, c'est donc dans une large zone de 3 cent. 5 que peut varier le conjugué vrai dans les bassins suffisants. Le tableau suivant va nous en rendre compte millimètre par millimètre et nous conduire à d'autres conclusions.

Bassins suffisants.

VARIATIONS DU SACRO-PUBIEN

DIMENSIONS PETITES			DIMENSIONS MOYENNES				DIMENSIONS GRANDES			
Dimensions du Sacro-pubien	NOMBRES		Dimensions du Sacro-pubien	NOMBRES			Dimensions du Sacro-pubien	NOMBRES		
96	6		101	1			111	3		
97	6		102	5			112	3		
98	5	22	103	5	18		113	2	12	
99	3		104	2			114	2		
100	2		105	5			115	2		
						39				
			106	1			116	3		
			107	8			117	3	8	
			108	5	21		119	1		33
			109	5			120	1		
			110	2						
							122	2		
							123	1		
							124	1		
							125	3	12	
							127	2		
							128	1		
							129	1		
							130	1		
							131	1		

Ce tableau nous montre que, si nous partons du point de départ anatomique classique qui est 10,5 et si nous joignons les bassins qui varient de 5 millim. au-dessus et au-dessous dans une même classe, nous voyons que 39 fois seulement sur 94 bassins le sacro-pubien a de 10 à 11 cent., soit dans 42 p. 100 des cas. Il en résulte par conséquent que dans le reste des bassins, soit 55 sur 94 ou 58 p. 100 le sacro-pubien est plus grand que 10 (23 p. 100) ou plus grand que 11 (36 p. 100).

On comprend facilement, à la seule inspection de ces chiffres, combien il est difficile de fixer la valeur du sacro-pubien dans les bassins suffisants et combien il est vain de chercher à la fixer par des moyennes. Celles-ci varient d'ailleurs avec chaque auteur et même pour un auteur donné avec chaque série de bassins (Barnes, Schröder, Litzmann).

Bassins suffisants.

VARIATIONS DU TRANSVERSE

DIMENSIONS PETITES			DIMENSIONS MOYENNES				DIMENSIONS GRANDES			
Dimensions du Transverse	NOMBRE		Dimensions du Transverse	NOMBRE			Dimensions du Transverse	NOMBRE		
122	1		131	1			141	3		
123	2		132	5			142	3		
124	1		133	5	20		143	5	21	
125	2		134	5			144	6		
126	2	15	135	4			145	4		
127	1					50				29
128	2		136	8			146	1		
130	4		137	6			147	1		
			138	4	30		150	3	8	
			139	4			151	1		
			140	8			152	1		
							165	1		

On voit que, comme points extrêmes, elles sont encore plus étendues que celles du sacro-pubien puisqu'elles s'étendent

du minimum 12 centim. 2 jusqu'au maximum 16,5, c'est-à-dire 4 cent. 3. Mais si nous examinons les chiffres de plus près et si, comme nous l'avons fait pour le sacro-pubien, nous groupons les bassins qui oscillent de 5 millim. en plus ou en moins autour du chiffre du bassin normal type, soit 13,5, on voit que 50 bassins sur 94 rentrent dans cette classe, soit 53 p. 100. Pour le reste, les 2/3 dépassent ce chiffre, un tiers seulement tombe au-dessous. On voit donc que le transverse est un diamètre en somme un peu plus fixe que le sacro-pubien avec lequel il varie souvent d'ailleurs en sens inverse, car les bassins à transverse réduit sont souvent des bassins à grand sacro-pubien et inversement.

Ici encore les écarts des auteurs sont considérables dans l'appréciation des moyennes, plus encore peut-être que pour le sacro-pubien.

Les chiffres de Litzmann en particulier présentent des écarts considérables. On peut facilement les interpréter.

D'abord les mensurations prises à Kiel et à Erlangen portent sur un chiffre trop peu considérable de bassins, cinq à peine.

Il est possible en outre qu'il existe des différences ethniques marquées entre les femmes de ces diverses régions.

L'étude des variations des deux précédents diamètres démontre que les chiffres adoptés par les classiques sont trop faibles pour une légère majorité des bassins, puisque pour le sacro-pubien 57 p. 100 dépasse ce chiffre de 10,5 et pour le transverse 62 p. 100 celui de 13,5. Ils sont trop faibles encore si on les rapporte à la moyenne de nos chiffres qui est de 10 centim. 85 pour le sacro-pubien et de 13 centim. 75 pour le transverse. Nous ne saurions donner d'ailleurs à ce fait une importance après ce que nous avons dit de la valeur des moyennes dans ces appréciations. C'est une simple remarque que nous faisons. Mais il n'en est pas tout à fait de même dans l'appréciation de la valeur de l'oblique dont nous allons étudier maintenant les variations, qui sont résumées dans le tableau suivant.

Bassins suffisants.

VARIATIONS DES OBLIQUES

DIMENSIONS PETITES				DIMENSIONS MOYENNES				DIMENSIONS GRANDES			
Dimensions de l'oblique	NOMBRE			Dimensions de l'oblique	NOMBRE			Dimensions de l'oblique	NOMBRE		
113	3	5	58	126	15	70	112	136	3	13	18
114	1			127	20			137	3		
115	1			128	13			138	3		
116	3	16		129	11			139	1		
117	3			130	11			140	3		
118	2			131	16	42		141	1	5	
119	4			132	5			142	1		
120	4			133	10			144	1		
121	1	37		134	8			150	2		
122	5			135	3						
123	10										
124	11										
125	10										

Faisons remarquer que dans ce tableau nous avons mis de parti pris les obliques de 12 à 12,5 dans les dimensions petites. Les obliques de 13 à 13,5 sont en effet notablement plus fréquents et méritent donc d'être réunis à ceux de 12,5 à 13 qui donnent le chiffre le plus élevé.

Ce tableau nous montre que les obliques oscillent de 11,3 à 15, soit dans des limites de 3 centim. 7. Mais obliques au-dessous de 12 et au-dessus de 13,5 forment un faible groupe et c'est en somme entre 12 et 13,5 que l'on trouve plus des trois quarts des obliques. Les seuls obliques entre 12,5 et 13 forment plus du tiers et, compris entre ces limites de 12 à 13,5, l'oblique semble donc former le diamètre relativement le plus fixe du bassin.

L'examen de ces chiffres nous montre encore que le chiffre de 12 centim. adopté par les classiques pour l'oblique est trop faible. Nous voyons en effet que 21 fois seulement sur

188 obliques, ce diamètre est égal ou inférieur à 12 centim. et comme nous l'avons déjà fait remarquer c'est entre 12 et 13,5 qu'il oscille ordinairement, les obliques entre 12,5 et 13 constituant la classe la plus importante. C'est donc non seulement au-dessus de 12 mais même de 12,5 que l'oblique se trouve le plus souvent. La moyenne générale elle-même arrive au même résultat et nous donne comme valeur de l'oblique 12 centim. 79 qui est beaucoup plus près de 13 que de 12.

Si nous comparons ce chiffre à ceux que donnent les divers auteurs comme moyennes, nous voyons que l'oblique dans la région lyonnaise présente de grandes dimensions.

Nægele et Grenser.............	12 centim.
Playfair.........................	12,2
Litzmann	12,25 (Erlangen) 12,71 (Bonn) 13,4 (Kiel)
Schröder........................	12,53 à 12,69
Barnes..........................	12,7

L'étude de ces variations isolées montre donc :

1° Que d'une façon générale les dimensions des diamètres sont un peu supérieures aux données classiques.

2° Que l'établissement d'une moyenne (tout en rappelant que celle-ci n'a qu'une valeur relative) nous donne comme formule.

Sacro-pubien.........................	10,85
Transverse...........................	13,75
Oblique..............................	12,79

De l'asymétrie dans les bassins suffisants.

C'est un fait reconnu depuis longtemps que les bassins normaux sont fréquemment asymétriques. « Presque toujours, dit Schröder, on y rencontre des asymétries. Barnes

reconnaît que la moitié droite du bassin est ordinairement un peu plus large que la gauche, ce qui tient pour lui au plus grand développement des muscles du côté droit et influe probablement sur la fréquence des positions obliques droites, c'est aussi l'opinion de Nægele et Grenser, Lusk.

Cette dissymétrie du bassin normal a fait l'objet d'un travail de M. le professeur agrégé Jaboulay, de Lyon (*Prov. médicale*, 1891). Il conclut de son étude que dans tout bassin normal, en dehors de toute déviation de la colonne, le bassin est asymétrique et que cette asymétrie se traduit par un allongement de l'oblique gauche (1er type) et plus rarement de l'oblique droit (2e type). Il en rapporte la cause aux courbures latérales normales de la colonne.

Nous avons repris l'étude de cette question au point de vue purement anatomique. Nous laisserons donc dans l'ombre le côté pathogénique. Mais nous devons faire remarquer que l'on sait tenir compte dans l'appréciation de l'asymétrie non seulement de la différence des obliques, mais aussi des sacro-cotyloïdiennes qui est aussi importante sinon plus que celles des obliques.

Fréquence de l'asymétrie. — L'asymétrie se manifeste par l'inégalité des obliques seuls, ou des sacro-cotyloïdiennes seules ou des deux réunis. Les bassins rigoureusement symétriques, c'est-à-dire dans lesquels les obliques et les sacro-cotyloïdiennes sont égaux deux à deux sont exceptionnels. Nous en trouvons seulement 5 sur 94, soit un peu plus de 5 p. 100. Mais à côté de ces bassins rares à symétrie parfaite il en est d'autres où l'on ne note qu'une différence insignifiante entre les diamètres déterminant l'asymétrie, obliques ou sacro-cotyloïdiennes. Cette différence ne dépasse pas 1 millimètre sur un seul ou sur les deux diamètres.

11 bassins rentrent dans cette catégorie sur 94, soit près de 12 p. 100.

A côté de ces bassins parfaitement symétriques ou à asymétrie insignifiante, nous pouvons faire deux autres classes : la première asymétrie légère, comprend des bassins où la dif

férence des diamètres s'étend de 2 à 5 millim. La seconde asymétrie forte où cette différence excède 5 millim.

1° Asymétrie légère, ces bassins constituent la majorité, 52 sur 94, soit plus de la moitié, environ 55 p. 100. Il est bien entendu que nous comprenons dans cette classe toutes les asymétries, qu'elles soient dues à l'inégalité des obliques seuls ou des sacro-cotyloïdiennes seules ou des deux à la fois. De même pour la classe suivante.

2° Asymétrie forte 26 sur 94, soit près de 28 p. 100. Il est rare que cette asymétrie devienne très forte, c'est-à-dire que la différence des diamètres atteigne 10 millim. ou dépasse ce chiffre (3 fois seulement). Le maximum que nous avons trouvé est de 12 millim. Ces asymétries très fortes lorsqu'elles se produisent sur de grands bassins (et c'est le cas ordinaire) ne rendent pas le diamètre réduit inutilisable et le bassin asymétrique est cependant encore suffisant.

Si nous classons maintenant ces classes suivant leur fréquence décroissante, nous trouvons :

1°	Asymétrie	légère..................	52 fois	
2°	—	forte....................	26 —	
3°	—	insignifiante............	11 —	
4°	—	nulle....................	5 —	16

MODE DE PRODUCTION DE L'ASYMÉTRIE. — Nous avons déjà énoncé au début de ce chapitre que l'asymétrie pouvait se manifester numériquement de trois façons :

1° Par inégalité des obliques seuls;

2° Par inégalité des sacro-cotyloïdiennes seules;

3° Par inégalité simultanée de ces diamètres pris deux à deux.

Pratiquement les deux premiers modes de formation sont rares, même en faisant rentrer dans cette classe des bassins où la réduction de l'un des deux diamètres sans être égale à 0 est insignifiante, c'est-à-dire égale à 1.

Les chiffres suivants le démontrent.

1° Obliques seuls inégaux................	14
2° Sacro-cotyloïdiennes seules inégales....	6
3° Obliques et sacro-cotyloïdiennes inégales à la fois...........................	58

Exceptionnellement les deux premières classes renferment des asymétries fortes, 3 fois seulement la différence entre les diamètres obliques atteint 5 millim. avec des sacro-cotyloïdiennes égales ou à peu près et une fois elle atteint 7 dans une asymétrie due à la seule différence des sacro-cotyloïdiennes.

Donc le plus ordinairement l'asymétrie est due à une différence de longueur portant à la fois sur les obliques et les sacro-cotyloïdiennes. Mais la réduction de ces diamètres est loin de se faire toujours sentir également sur l'un et sur l'autre.

Tantôt elle porte surtout sur les sacro-cotyloïdiennes, tantôt sur les obliques principalement, tantôt enfin il y a égalité. Ces différences, bien entendu, peuvent être plus ou moins accentuées, il y a parfois de simples nuances et on peut en somme trouver toute une série d'intermédiaires entre les points extrêmes. Si on s'en tient au rigorisme des chiffres, voici comment on peut les classer :

1° Réduction égale	4 fois
2° — prédominante sur l'oblique......	18 —
3° — — — la sacro-cotyloïdienne........	36 —

Il semble donc à l'examen de ces chiffres que les sacro-cotyloïdiennes jouent le rôle prépondérant dans la production de l'asymétrie.

Quels sont les diamètres le plus souvent réduits, les gauches ou les droits?

M. Jaboulay affirme que c'est ordinairement l'oblique droit, le gauche l'emportant de quelques millimètres sur le droit. Le fait est vrai d'une façon générale, mais il est assez fréquent de voir prédominer le diamètre oblique droit et la

sacro-cotyloïdien droite et cela dans une notable proportion comme le montrent les chiffres suivants :

L'oblique gauche est plus grand	48 fois
— droit — —	23 —
La sacro-cotyloïdienne gauche est plus grande	41 —
— — droite — —	22 —

Il y a donc là un rapport d'environ 1 sur 2 qui se trouve aussi bien pour les obliques que les sacro-cotyloïdiennes.

Autrement dit, dans les deux tiers des cas, c'est l'oblique gauche et la sacro-cotyloïdienne gauche qui sont dominants, et dans l'autre tiers les diamètres droits.

D'une façon générale et presqu'absolue, c'est toujours l'oblique et la sacrocotyloïdienne de même nom qui sont réduites en même temps, c'est-à-dire que (dans les bassins à asymétrie combinée) lorsque l'oblique droit est réduit, c'est la sacro-cotyloïdienne droite qui est réduite en même temps. Deux fois seulement cette règle nous a offert une exception où l'oblique d'un côté était réduit et la sacro-cotyloïdienne de nom contraire réduite également.

Nous pouvons donc conclure ;

1° Que les bassins suffisants sont très fréquemment asymétriques (plus de 80 p. 100 des cas) ;

2° Que cette asymétrie est ordinairement légère (55 p. 100 des cas) ; ......

3° Que cette asymétrie se traduit le plus souvent par la réduction d'un des obliques combinée à celle de la sacro-cotyloïdienne de même nom ;

4° Que, habituellement (dans les deux tiers des cas), c'est le diamètre oblique droit et la sacro-cotyloïdienne droite qui sont réduits ;

5° Que la différence des sacro-cotyloïdiennes semble être prépondérante dans l'évaluation de l'asymétrie.

En dehors des conclusions particulières que nous avons énoncées au cours de ce mémoire, il en est d'autres plus générales que nous désirons exposer.

Lorsque l'on considère dans un coup d'œil d'ensemble tous les bassins que nous avons réunis, un fait frappe tout d'abord, c'est à savoir combien de variétés et de nuances se dessinent dans les différentes classes de groupement de ces bassins et combien il est souvent difficile de saisir le point exact de passage d'une classe à l'autre. Que ce soit entre les bassins rétrécis et les bassins suffisants, que ce soit entre les diverses classes de ces deux grands groupes, toujours on trouve une gradation insensible qui conduit de l'une à l'autre. Il y a donc là entre le bassin rétréci et le bassin normal une zone assez large où viennent prendre place une série de bassins intermédiaires, et l'on pourrait créer comme une vaste échelle où par transitions insensibles on pourrait passer des formes les plus viciées aux formes les plus parfaites et les mieux adaptées à l'acte de la parturition. Il y a donc en somme entre le bassin rétréci et le bassin suffisant de nombreux points de contact et on arrive à cette conviction que les rétrécissements du bassin sont loin d'être toujours des manifestations du rachitisme. Certains de ces rétrécissements ne sont que des exagérations pures et simples de formes normales. Si nous prenons le bassin aplati pur, nous trouvons tous les intermédiaires entre les formes les plus prononcées et le grand bassin aplati.

Il y a donc, et nous croyons l'avoir démontré au cours de ce travail, une véritable tendance à la forme aplatie pour les bassins de la région lyonnaise. Rappelons que rien que les bassins suffisants nous en donnent une proportion de 30 p. 100 et si nous faisons la proportion totale en y joignant les bassins rétrécis aplatis purs, celle-ci s'élève à 32,5 p. 100. C'est-à-dire qu'il y a un bassin de forme aplatie sur trois. Mais disons encore que cette grande classe de bassins de forme aplatie se relie aussi par des degrés insensibles à celle des bassins de forme moyenne, laquelle s'unit à son tour par divers échelons aux bassins à sacro-pubien dominant, qui sont déjà plus rares, pour arriver encore par transition lente aux bassins circulaires qui sont des exceptions.

Cette donnée du passage graduel d'une classe à l'autre nous la retrouvons encore dans les bassins petits. Ces bassins petits et suffisants se relient par des chaînons de transition aux bassins moyens d'une part et aux bassins généralement rétrécis d'autre part. Nulle limite précise qui soit réelle, aucune borne véritablement naturelle. Il faut pour différencier ces classes les enfermer dans les limites d'une donnée numérique purement conventionnelle établie sur l'observation clinique.

Pouvons-nous, maintenant, chercher à établir quel est le type ethnique du bassin dans la région lyonnaise ?

Déjà au cours de nos recherches, les chiffres nous ont appris que souvent ces bassins présentent de grandes dimensions. Voilà donc déjà une première donnée.

Les bassins de la région lyonnaise sont souvent des bassins grands. Mais leur forme ? Souvent, il est vrai, elle avoisine la forme type normale, mais cette proportion n'atteint pas, en se basant sur le chiffre total, la moitié des cas et le reste se partage entre le bassin aplati et le bassin à sacro-pubien dominant. Or, le bassin aplati l'emporte très notablement sur le second, et comme nous l'avons dit tout à l'heure, en dehors de la forme normale, c'est le bassin aplati qui se place immédiatement au second rang. Cet aplatissement du bassin, qu'on a trop de tendance à regarder comme pathologique, est peut-être un indice du type ethnique du bassin lyonnais. Il est certain que dans une grande ville les différents types de races se trouvent mélangées et croisées et ce fait doit nous mettre en garde contre des conclusions trop absolues. Mais si dans une race, les caractères morphologiques du crâne sont, en anthropologie, de la plus haute importance ; si tel peuple a le crâne allongé et tel autre le crâne court et ce caractère se manifestant et persistant à travers les générations tout en s'atténuant chez un certain nombre de sujets de cette race par l'effet des croisements, pourquoi n'en serait-il pas de même du bassin ? Pourquoi n'y aurait-il pas une forme

donnée héréditaire de bassin dans une race. Une ceinture osseuse comme le bassin, destinée à un acte aussi important que celui de la parturition et par conséquent de la perpétuation de la race doit avoir évidemment des caractères ethniques donnés. Des études antérieures l'ont démontré. Il est difficile de retrouver au milieu des croisements inconnus et des origines souvent incertaines de bassins recueillis sur les tables d'un amphithéâtre, ce type ethnique primitif. Mais cette fréquence de l'aplatissement du bassin en dehors de toute manifestation pathologique, rachitique ou autre, nous a frappé. Peut-être est-ce le vestige du type ethnique et le fait est bien digne d'attirer l'attention.

La comparaison avec les différents types du bassin dans d'autres régions et dans d'autres races pourra seule permettre une affirmation plus précise.

REVUE GÉNÉRALE

I. DU CHLORURE DE ZINC EN THÉRAPEUTIQUE INTRA-UTÉRINE. — II. DE LA RÉGÉNÉRATION DE LA MUQUEUSE DE L'UTÉRUS

(Hofmeier, Bröse, Dührssen, Sænger, Jung.)

Par le Dr **R. Labusquière.**

1. — Du chlorure de zinc en thérapeutique intra-utérine

Au passif de l'usage, en thérapeutique intra-utérine, des solutions concentrées (à 50 p. 100) de chlorure de zinc, Hofmeier relate le fait suivant :

Obs. — Une femme de 21 ans, non mariée, était, depuis longtemps, atteinte de troubles dyspeptiques, d'accidents nerveux, de leucorrhée. Pour ces accidents, elle fut, plusieurs semaines, traitée

par un médecin, traitement médicamenteux d'abord, puis injections de permanganate de potasse, de teinture d'iode. Le traitement restant sans résultat, le médecin fit, chez lui, à la malade, le 23 mars 1895, à 8 heures du soir, une injection avec une solution à 50 p. 100 de chlorure de zinc, traitement dont il aurait, peu avant, obtenu d'excellents résultats chez une autre femme. L'injection fut faite avec une seringue en métal, longue de 6 centimètres, remplie, dit-on, au tiers et pourvue d'une canule supplémentaire, métallique, extrêmement fine. La seringue aurait été introduite sans dilatation préalable du col, puis l'injection faite, le médecin aurait eu la précaution de réaspirer le liquide avant d'enlever l'instrument. Immédiatement après l'injection, la femme fut prise de vives douleurs abdominales, au point qu'elle dut séjourner un certain temps chez le médecin qui lui fit prendre de la teinture d'opium. Les douleurs un peu calmées, elle revint, à pied, chez elle. Durant le trajet, les douleurs reparurent intolérables ; arrivée chez elle, elle se laissa choir de douleurs : *vomissements, tuméfaction du ventre, décoloration du visage, affaiblissement du pouls* et, en dépit des analeptiques employés, *mort* à 8 heures et demie, soit 12 heures à peine après l'injection.

Les obsèques eurent lieu, mais la femme fut exhumée aux fins *d'autopsie médico-légale* qui eut lieu le 13 avril, soit 20 jours après la mort. *Autopsie*. Dans la partie inférieure de la cavité abdominale, environ 100 grammes de liquide rougeâtre, un peu trouble. Au péritoine, dans sa portion inférieure et antérieure, réplétion considérable du réseau vasculaire ; épiploon, chargé de graisse, très rouge dans sa partie inférieure par suite d'une hyperhémie intense, gros intestin également très rouge, surface des anses de l'intestin grêle le plus profondément situées, trouble. Utérus dans sa situation normale, un peu dévié à gauche ; trompe gauche légèrement coudée, trompe droite dans sa disposition normale autour de l'ovaire droit. Rien d'anormal dans les culs-de-sac péritonéaux en avant et en arrière de la matrice. Au niveau du cul-de-sac de Douglas, quelques faibles adhérences, pas de pus, pas de caillots. Revêtements séreux de l'utérus, de ses ligamenis et des oviductes, hyperhémiés et troubles. Utérus grossi environ de moitié; tissu criant sous le scalpel et de coloration jaune rouge. Muqueuse de l'utérus transformée en une eschare grise, comme graisseuse, se laissant facilement décortiquer. Muqueuse de la trompe droite lisse,

brillante, sans aucune apparence d'eschare, de coloration gris-bleu à son extrémité externe, sans adhérences. Ovaire droit un peu gros avec un follicule rupturé. Trompe gauche ouverte à sa racine, plus étroite au niveau de son point de coudure, bien libre dans sa portion externe. Muqueuse lisse, brillante, sans eschare. Dans l'ovaire gauche, kyste de la grosseur d'un pois. Orifice du vagin et vagin pâles, sans traces d'ulcère ; de l'orifice externe du col s'échappe (avant ouverture de l'utérus) une masse brun-jaune adhérente, onctueuse.

Tel est le fait rapporté par Hofmeier (1). Pour lui, *il n'est pas douteux que cette femme est morte, dans les douze heures, d'une péritonite aiguë provoquée par l'injection dans la cavité utérine d'une solution de chlorure de zinc à 50 p. 100.*

*
* *

D'après Hofmeier, il faut incriminer deux choses : 1° la solution médicamenteuse employée, 2° la manière dont on s'en est servi.

1° *Solution concentrée de chlorure de zinc.* — A son avis, la solution de chlorure de zinc à 50 p. 100 doit être absolument déconseillée. Elle possède une puissance caustique extrême, dont on n'a sûrement pas besoin. De plus, qu'elle comporte des dangers mortels, le fait précédent le prouve. Il ressort nettement de la relation nécropsique que l'action caustique s'est rapidement étendue, à travers la paroi utérine, au péritoine et a provoqué la péritonite mortelle. Peut-être, l'issue fatale a-t-elle été à un certain degré favorisée par la nécessité où s'est trouvée la femme de regagner à pied son domicile? Il est également permis, en raison des symptômes généraux observés, de s'arrêter un instant à l'idée d'une *action toxique* du médicament. Mais, sur des effets de cette nature attribuables au chlorure de zinc, nos connaissances sont nulles. Quoi qu'il en soit, Hofmeier prend

(1) *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. IV, Hft. 4, p. 301.

quelque peu à partie les auteurs qui recommandent des moyens aussi dangereux, et parle de la part de reponsabilité qui leur incombe dans les accidents que ces moyens comportent; il cite en particulier le « *Vademecum* » de gynécologie de Dührssen, tout en soulignant, toutefois, que ce dernier recommande expressément « d'introduire, immédiatement après l'injection modificatrice, le cathéter laveur afin d'entraîner l'excès du caustique », et aussi, dans le cas de cautérisations successives, de ne se servir de la sonde de Braun qu'au domicile de la malade et d'user de la sonde de Playfer avec la précaution de faire un lavage de l'utérus avant et après la cautérisation, toutes les fois qu'il s'agit de malades qui vont et viennent. C'est probablement parce qu'ils emploient la sonde de Playfer et qu'une bonne partie du caustique se perd sur le col, qu'il n'en entre en tout cas qu'une minime quantité dans la cavité utérine, que les auteurs qui conseillent ces solutions concentrées de chlorure de zinc, n'ont pas eu à enregistrer d'accidents sérieux de leur emploi.

2° *Mode d'emploi.* — Il faut que l'instrument dont on se sert soit bien approprié. Dans le cas précédent, la canule métallique qui se fixait sur la seringue créait, par son extrême finesse, un réel danger. De tels instruments peuvent en effet, malgré une étroitesse marquée du col, être portés dans l'utérus; ils permettent bien d'injecter les liquides modificateurs dans la cavité utérine, mais, malheureusement, sans que le libre reflux de ceux-ci soit assuré ; or, c'est une condition essentielle que ce reflux soit assuré et qu'en conséquence le col présente un certain degré de dilatation. Cette dilatation, il suffit en général pour l'obtenir de pratiquer avant la cautérisation un lavage de l'utérus, lavage qui, en outre, a l'avantage, en entraînant les produits de sécrétion (pus, mucus, sang) éventuellement retenus dans la matrice, d'assurer le contact de l'agent médicamenteux avec la muqueuse qu'il s'agit de modifier. Mais il ne faut pas oublier que ce liquide préalablement injecté dont il restera

toujours une certaine quantité, si faible soit-elle, dans l'utérus, aura pour effet de diluer les solutions caustiques, et qu'on doit, en conséquence, tenir compte de cette donnée pour régler le titre de ces solutions (1). On doit également choisir un liquide de lavage qui ne risque pas de modifier les qualités chimiques de l'agent modificateur employé.

Comme conclusion, Hofmeier pense, que pour obtenir du traitement intra-utérin une action réelle, il faut employer des solutions assez concentrées, et qu'à condition d'entourer l'intervention des précautions nécessaires, on peut s'en servir sans danger. Que, toutefois, les solutions concentrées de chlorure de zinc comportent de trop grands *alea*. Que dans les cas de processus inflammatoires intéressant les annexes de l'utérus, il faut, notion commune, s'abstenir, mais, qu'assez souvent, il est fort difficile, sans narcose préalable, de reconnaître certains de ces états pathologiques. Que le

(1) La pratique d'Hofmeier est la suivante : Comme instrument, il se sert d'une seringue de Braun légèrement modifiée, en caoutchouc vulcanisé d'une contenance de 5 grammes, pourvue à son extrémité d'un orifice central et de plusieurs orifices latéraux et d'une canule terminale *pas trop fine* (point important comme il est dit plus haut). Avant l'injection caustique, l'utérus est lavé avec une solution de lysol ou phéniquée à 1 p. 100. Quand ce lavage n'amène pas une dilatation suffisante du col, condition indispensable, il est procédé à cette dilatation avec un cathéter en cuivre de Schrœder. Le lavage effectué, il suffit en général d'attirer légèrement le col, pour introduire la canule de la seringue. Cela fait, l'injection est poussée lentement, et l'on a soin, au cours de l'intervention, d'irriguer le vagin afin d'empêcher des brûlures inutiles de cet organe. Comme caustique, Hofmeier emploie, depuis longtemps, une solution alcoolique, phéniquée, forte : acide phénique 20, alcool 80, qui semble avoir été toujours parfaitement tolérée. A ce point, qu'avant toute myomotomie, il s'en sert, systématiquement, pour réaliser l'antisepsie de la cavité utérine. Il l'a également employée dans l'endométrite puerpérale, après lavage de l'utérus, en raison de la puissance bactéricide et de pénétration de l'alcool. Il note que plusieurs femmes, très intelligentes, lui ont assuré avoir ressenti les effets habituels de l'alcool sur l'organisme à la suite de semblables injections. Dans la pratique ordinaire, il tient pour inutile d'effectuer, la cautérisation une fois faite avec cette solution, un lavage évacuateur.

danger, à son jugement, n'est pas dans la quantité du liquide employé, mais dans le déplacement de l'utérus indispensable pour l'introduction de la sonde. Déplacement qui doit être aussi grand quand il s'agit de l'application de tiges intra-utérines. Somme toute, ce n'est ni l'emploi de la seringue de Braun, ni l'introduction de grandes quantités de liquide médicamenteux qui créent le danger; *ce danger réside dans l'emploi défectueux de médicaments non appropriés.*

*
* *

Quelle a été la cause de la mort dans le cas cité par Hofmeier, Brösе estime qu'il est impossible de l'affirmer. *Péritonite ?* L'autopsie a été faite trop tard après le décès pour permettre de poser formellement ce diagnostic. *Effet toxique ?* Les phénomènes observés sont assez favorables à cette idée. Bröse tient de Bokëlmann un fait dans lequel l'injection intra-utérine, 5 jours après un curettage, d'une solution de chlorure de zinc à 50 p. 100 fut suivie immédiatement de collapsus, d'évanouissement, d'intermittence et de disparition du pouls. Les phénomènes de collapsus se prolongèrent plusieurs heures au bout desquelles la femme se rétablit. Cet ensemble symptomatique éveillait bien l'idée d'une intoxication et il est permis de rapprocher ces accidents des symptômes généraux observés à la suite de l'injection intra-utérine de solutions alcooliques signalés par Hofmeier. Mais quelle que soit la cause de la mort, *Bröse, comme Hofmeier, se prononce formellement contre les injections intra-utérines, avec la seringue de Braun, de solutions concentrées de chlorure de zinc* (50 p. 100).

Mais, contrairement à Hofmeier, il n'innocente pas aussi complètement la seringue de Braun, ni, en général, l'injection dans l'utérus de grandes quantités de liquide. Il a vu jadis à la clinique de Schrœder des accidents périmétritiques survenir après l'injection utérine, même de teinture d'iode,

précédée pourtant de la dilatation du col avec les sondes de Schrœder et d'un lavage désinfectant. Il n'écarte pas non plus aussi complètement qu'Hofmeier la possibilité de la pénétration d'une certaine quantité de liquide dans le péritoine ; Landau a cité une observation où, à la suite d'une injection d'acétate de plomb, la femme mourut et où l'autopsie permit de démontrer la présence de ce sel dans le péritoine. Mais s'il rejette la seringue de Braun, il ne saurait renoncer aux avantages considérables du chlorure de zinc, qu'il emploie avec la sonde de Playfer, d'après les indications données en premier lieu par Rheinstädter. Le *chlorure de zinc* est un *topique remarquable contre l'endométrite catarrhale*, qu'il a employé des centaines de fois, sans aucune conséquence fâcheuse. L'opinion d'Hofmeier que le chlorure de de zinc porté avec la sonde de Playfer entourée d'ouate se perd en grande partie sur le col, qu'il n'en entre qu'une insifiante partie dans l'utérus, est incorrecte. Quand il s'agit d'un processus localisé au col, et qu'on se borne à toucher la muqueuse cervicale, la femme ne souffre pas. Mais, quand on porte le caustique dans la cavité utérine, l'intervention est suivie de fortes coliques qui peuvent se prolonger des heures, sans toutefois atteindre à l'intensité où elles arrivent après les injections avec la seringue de Braun. D'autre part, il suffit d'appliquer la sonde retirée sur la moindre érosion de la peau pour se convaincre immédiatement, d'après la douleur ressentie, que l'action intra-utérine du topique n'est pas illusoire, bien loin de là !

Il est clair qu'il faut s'abstenir de ces interventions dans le cas des phlegmasies des annexes de l'utérus. Également a) avant d'y procéder, faut-il s'être renseigné sur la direction de la cavité cervico-utérine, *b*) et, d'autre part, doit on espacer les cautérisations suffisamment (huit jours environ). Enfin, suivant Bröse, il ne faut pas se hâter par la seule raison qu'on a fait le diagnostic de leucorrhée, de porter le caustique dans la cavité utérine : *contre la leucorrhée, et surtout quand il s'agit de gonorrhée, se borner en général à*

traiter le col. Si, après quelques semaines, on n'a pas de résultat, alors seulement, et après épreuve avec le tampon de Schultze et examen de la sécrétion, cautériser la cavité utérine.

Si, comme Hofmeier, Bröse reconnaît que dans le cas précédent le chlorure de zinc a été employé d'une façon défectueuse, il ne saurait comme lui admettre que le médicament n'était pas approprié (1).

*
* *

En premier lieu, Dührssen se défend de n'avoir pas précisé de façon très formelle les précautions qu'exige l'usage en injection intra-utérine des solutions concentrées (à 50 p. 100) de chlorure de zinc, savoir : lavage avant et après. Comme Hofmeier, il estime que le lavage préalable a cet avantage, considérable, de contribuer à dilater le col et, ainsi, d'assurer le facile retour du caustique, condition capitale. D'ailleurs, pour être plus sûr d'avoir une dilatation suffisante, il a coutume depuis nombre d'années de tamponner, un jour avant celui de la cautérisation, l'utérus avec de la gaze iodoformée, précaution qui a pour résultat de réduire au minimum les douleurs possibles après la cautérisation.

Quant à l'appréciation d'Hofmeier que le chlorure de zinc en solution à 50 p. 100 est un caustique défectueux, Dührssen est loin de s'y rallier. Il estime au contraire qu'elle représente un caustique de premier ordre, douée, pour le traitement de l'endométrite, d'une action curative supérieure à celle de tous les autres caustiques. Aussi, sa conclusion est-elle: *l'application intra-utérine de la solution à 50 p. 100 de chlorure de zinc est un moyen puissant de guérir l'endométrite; cette application peut être faite sans danger même avec la seringue de Braun sous la réserve que les annexes de l'utérus soient normales et que l'intervention soit entourée des précautions indispensables indiquées plus haut.*

(1) Bröse. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. IV, Hft. 6, p. 570.

Tout d'abord SÆNGER révise en quelque sorte le procès de la thérapeutique intra-utérine par le crayon de chlorure de zinc (méthode de Dumontpallier), non point pour la réhabiliter, mais pour, preuves à l'appui, la condamner encore plus formellement. Cette méthode n'a réussi qu'à discréditer le chlorure de zinc, qui est pourtant un agent thérapeutique de premier ordre contre l'endométrite, à condition qu'il soit judicieusement appliqué. Or, l'injection intra-utérine des solutions concentrées de chlorure de zinc (50 p. 100) est une autre façon de discréditer cet agent thérapeutique. Sänger proscrit formellement ces injections et pense, qu'au lieu de les justifier, Dührssen eût mieux fait de songer à ne plus les indiquer dans son « *Vademecum* ». Il passe ensuite à la technique qu'il a adoptée, et sur laquelle nous n'insisterons pas davantage ici, ayant eu l'occasion de la faire connaître dans une revue antérieure (1). Sänger est convaincu que le *traitement par la cautérisation intra-utérine, celle-ci faite à l'aide du porte-caustique en argent, flexible, malléable, chargée suivant les indications, soit de la solution de chlorure de zinc à 50 p. 100 préconisée par Rheinstädter, soit d'autres solutions médicamenteuses* (nitrate d'argent, teinture d'iode, alcool phéniqué, itrol, argonin, etc.), *devrait être le bien commun des praticiens.* Et, d'autant mieux que le traitement est sans danger et d'application facile, ce qu'on ne saurait dire ni des injections avec la seringue de Braun ni du curettage.

II. — DE LA RÉGÉNÉRATION DE LA MUQUEUSE DE L'UTÉRUS

Nous avons aussi analysé, antérieurement, un travail d'un auteur allemand, Werth, sur le processus de régénération de la muqueuse utérine après le curettage de l'utérus (2). Aujourd'hui, il s'agit d'une étude sur le même sujet,

---

(1) *Annales de gynécologie et d'obst.*, juillet 1895, p. 60.

(2) *Loc. cit.*, p. 65.

pour laquelle l'auteur Jung (Breslau) a utilisé un utérus traité par la méthode de Dumontpallier, et qu'on avait dû extirper. Voici d'ailleurs, résumée, l'observation :

Obs. — B..., 43 ans ; accouchements à terme, 7 ; avortements, 4 ; dernier accouchement six années auparavant, dernier avortement un an et demi. Depuis le dernier accouchement, hémorrhagies répétées, irrégulières, qui furent traitées, et, en particulier, par plusieurs curettages. Le 17 avril 1896, curettage suivi d'une cautérisation à l'acide phénique (comme porte-caustique, tige entourée d'ouate imprégnée du topique), et tamponnement à la gaze iodoformée (le curettage avait ramené des débris abondants de muqueuse hyperplasiée). 23 avril 1896. Badigeonnage avec la tige ouatée chargée de teinture d'iode. La femme se trouvant bien, quitte l'hôpital. 22 mai 1896 ; de fortes hémorrhagies se sont reproduites qui résistent au tamponnement, aussi applique-t-on, le 23 mai, dans l'espoir de détruire toute la muqueuse malade, le chlorure de zinc suivant la pratique de Dumontpallier (chlorure de zinc, 1 partie ; farine de seigle, 2 ; eau q. s). Col et vagin sont tamponnés avec de la gaze, de la ouate stérilisées, imbibées de solution de bicarbonate de soude. Le jour suivant, douleurs intenses qui ne sont pas apaisées par des doses massives de morphine. Le 27 mai, expulsion d'une sorte de moule de la cavité de l'utérus et du col, expulsion avec laquelle, d'un coup, cessent les douleurs. Le 6 juin, la malade quitta de nouveau l'hôpital. L'utérus est notablement réduit, la cavité cervicale, imperméable au cathéter, est oblitérée. Pas de douleurs.

1 mois et demi après, fin juillet, la femme a de nouveau des douleurs dans le ventre. Le fond de l'utérus a grossi notablement, mais le col est resté le siège d'une atrésie complète. Le 15 août, la femme, prise d'hémorrhagie profuse, rentre à l'hôpital. Un tamponnement énergique arrête le sang. 18 août, enlèvement du tampon, pas d'hémorrhagie. 5 septembre, nouvelle hémorrhagie, le tamponnement échoue. 9 septembre 1896, *hystérectomie vaginale totale;* les annexes ne sont pas extirpées. *Guérison* régulière.

L'auteur expose ensuite, soigneusement, les particularités intéressantes révélées par les examens macroscopique et microscopique de l'utérus et du séquestre utérin expulsé à

la suite de la cautérisation. A propos de ce dernier, il note que, malgré l'action intense du caustique, le tissu avait conservé son aptitude à la coloration, ce qui indique que le chlorure de zinc produit, conformément à ce qu'avait déjà observé Schæffer, non une nécrose, mais une sorte de momification des tissus. Nous nous bornerons à reproduire ici la description histologique de l'utérus.

« *Paroi du canal fistuleux.* Fin perfuis d'un millimètre, qui faisait communiquer le col atrésié avec la cavité utérine. A ce niveau, il y avait, prenant contact avec la musculaire utérine, normale, une zone de tissu connectif lâche, fin, pauvre en noyaux, avec quelques vaisseaux, à paroi fine, sans vestige d'épithélium de revêtement ou de glandes.

Cavité de fond de l'utérus. A ce niveau, se continuant avec une musculeuse normale, stroma riche en noyaux avec une néoformation glandulaire modérée. Stroma renfermant en outre dans ses lacunes, surtout vers son bord interne, indépendamment de foyers d'infiltration de petites cellules et de *vaisseaux* à contenu normal mais offrant çà et là dans leurs parois des traces de *dégénérescence hyaline*, beaucoup de sang extravasé. Partout les glandes sont tapissées par un épithélium cylindrique, haut, à une couche. Ces glandes sont très inégalement développées, en sorte que, suivant les coupes, on aperçoit un nombre très variable de tubes glandulaires. Sur certains points, existe un épithélium de revêtement, sur d'autres il fait défaut. Il présente en outre des différences morphologiques accusées, allant du type cylindrique haut au type pavimenteux. Dans les points où apparaît un bord épithélial continu, il semble toujours provenir soit d'une invagination de l'épithélium de revêtement, soit d'un orifice glandulaire, et on le voit allant de son point d'origine en s'aplatissant progressivement. »

JUNG résume dans les deux propositions suivantes les particularités anatomo-histologiques révélées par ces examens :

1° *Malgré une destruction en apparence complète, une régénération de la muqueuse utérine s'est opérée, bien que sur un espace limité de la cavité utérine.*

2° *Cette muqueuse présente précisément les mêmes modifications pathologiques que celle qu'elle a remplacée.*

Ici, c'est la dégérescence hyaline, et, comme conséquence de cette reproduction de l'altération pathologique primitive, le retour des hémorrhagies. En revanche, cette même observation démontre, fait important en thérapeutique intra-utérine, de quelle force de régénération, de quelle énergie vitale est doué le tissu de la muqueuse utérine qui, après des cautérisations aussi profondes, est capable, avec le peu qui reste, de refaire avec une rapidité extraordinaire ce qui a été détruit.

En ce qui concerne le *mode de reproduction de la muqueuse,* Jung, tout en se défendant d'une opinion absolue, définitive, accepte celui qui a été décrit par Werth : Il est probable que le stroma s'est renouvelé en premier lieu, puis que l'épithélium des quelques glandes épargnées s'est multiplié et développé jusqu'à la surface, d'où, débordant sur les côtés, il a constitué un épithélium de revêtement nouveau. Ce mode de reproduction expliquerait la rareté des glandes dans la muqueuse néoformée aussi bien que les différences morphologiques de l'épithélium de revêtement, allant par toutes les transitions du type cylindrique (au niveau du centre de formation) au type le plus plat (au point le plus éloigné de ce centre).

Critiquant ensuite le travail intéressant de Bossi (1) sur

(1) Bossi a étudié la reproduction de la muqueuse de l'utérus sur des utérus de chienne. Le ventre de l'animal étant ouvert, il incisait longitudinalement l'utérus, puis, la surface utérine bien mise en vue, il détruisait sur une large surface, par un vigoureux raclage au bistouri, la muqueuse, y compris les derniers restes glandulaires, jusqu'à la mise à nu complète de la musculeuse. A cette manière de faire, Werth a objecté qu'en clinique la muqueuse n'est pas détruite aussi complètement, qu'il n'y a pas donc lieu de s'étonner si, dans ces expériences, la régénération de la muqueuse a été plus tardive, si même le mécanisme de régénération peut différer de celui observé dans les conditions ordinaires de la clinique. Mais, si la première objection de Werth pouvait paraître très forte quand elle a été formulée, ne perd-elle

le même sujet, travail essentiellement expérimental, dans lequel celui-ci s'était proposé d'étudier ce processus de régénération de la muqueuse utérine, il croit, qu'en raison du peu de temps écoulé, on ne peut pas admettre l'opinion de cet auteur, au moins pour la régénération de la muqueuse humaine, que partie des glandes de la muqueuse néoformée dérivent, par une imitation du processus embryologique, de l'invagination de l'épithélium de revêtement. Au résumé, WERTH et BOSSI admettent qu'il y a d'abord régénération du stroma, et néoformation épithéliale et glandulaire aux dépens des éléments glandulaires épargnés. Mais, tandis que Bossi admet que nombre des glandes de la muqueuse néoformée dérivent de l'épthélium de revêtement néoformé, Werth condense sa manière de voir dans la formule : « *Omnis glandula e glandula* ».

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

WERTH. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 7, p. 189, et *Arch. f. Gynæk.*, 1895, Bd. XLIX, Hft. 3, p. 369. — HOFMEIER. *Monatsch. f. Geb. u. Gynæk.*, 1896, Bd. IV, Hft. 4, p. 301. — BRÖSE, DÜHRSSEN, SÆNGER. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. IV, Hft. 6, p. 570; 573, 575. — JUNG. *Cent. f. Gynæk.*, 1897, n° 18, p. 488.

---

pas de sa valeur et le fait, cité par Jung, ne permet-il pas de rapprocher davantage les deux séries d'observation ? Bossi pouvait-il détruire plus complètement chez des animaux la muqueuse utérine que ne l'a fait chez le sujet de l'observation de Jung le formidable engin thérapeutique imaginé par Dumontpallier, auquel Sänger reproche d'avoir commis plus de méfaits que les antéfixations vaginales de l'utérus ?

REVUE CLINIQUE

LE SÉRUM ARTIFICIEL EMPLOYÉ COMME TRAITEMENT DE LA DÉBILITÉ CONGÉNITALE

Observations prises à la Maternité de Marseille, service de M. le professeur **Queirel**, par Mlle **Mouren**, maîtresse sage-femme.

Le sérum artificiel paraît donner d'excellents résultats chez les enfants atteints de débilité congénitale. Les observations suivantes semblent le démontrer. En effet, les enfants dont nous publions les observations sont tous inférieurs comme poids à 2,300 grammes. Deux seulement dépassent ce chiffre et pèsent, l'un 2,600 grammes et l'autre 2,700 grammes; mais, si pâles et si débiles qu'ils ont dû être placés à la couveuse où ils sont restés jusqu'à leur départ (15e jour).

Observation I. — Enfant né avant terme (7 mois) et dont la mère a toujours été malade. Entrée dans le service le 22 janvier, elle a des épistaxis fréquentes, de la leucorrhée et des syncopes. Le travail se déclare le 7 février. Rupture prématurée de la poche des eaux. Présentation de l'épaule, version le 8 février. L'enfant en état de mort apparente revient difficilement; il a une longueur de 40 centim. et pèse 1,900 gr.; l'allaitement maternel est impossible, l'enfant ne faisant aucun mouvement de succion. On lui donne à la cuiller, il a des vomissements et le 3e jour il est mourant. M. le professeur Queirel ordonne des injections de sérum artificiel (de Hayem). Ces injections sont faites régulièrement tous les jours, quantité 25 centim. cubes. Le poids augmente peu, mais les vomissements s'arrêtent. A sa sortie cet enfant est beau, il prend le sein d'une nourrice et pèse 2,000 grammes.

Observation II. — (12 mars.) Accouchement prématuré pour cause de placenta prævia. Poids de l'enfant 2,000 grammes, longueur 44 centim.; état physique très mauvais. Allaitement mater-

nel impossible. On lui donne le biberon qu'il prend aussitôt, mais il diminue de poids et le 3e jour il ne pèse plus que 1,900 grammes. On lui fait une première injection de sérum de 25 centim. cubes et le 4e jour il pèse 2,000 grammes ; le 5e deuxième injection, même poids ; le 6e cet enfant prend le sein et pèse 2,020 grammes ; le 7e troisième injection, 30 centim. cubes, poids 2,040; le 8e même quantité de sérum, poids 2,050; le 9e et le 10e jour encore la même quantité. L'enfant sort pesant 2,080 grammes. État général des plus satisfaisants.

OBSERVATION III. — (12 mars.) Enfant né avant terme, ayant une longueur de 47 centim.; pesant 2,200 grammes. Il reste plusieurs jours sans prendre le sein, diminue de 20 grammes par jour jusqu'au 6e jour. On commence le traitement, et jusqu'au 11e jour, le poids augmente régulièrement de 10 grammes par jour. Il prend le sein et sort le 25 mars.

Chez ces enfants, le sérum a été employé en injections sous-cutanées, mais cette opération exige une certaine habitude et une asepsie complète de la seringue, du liquide et de la partie qu'on a choisie pour l'injection. Afin d'éviter les petits accidents qui se produisent quelquefois après les injections, M. le professeur. Queirel a conseillé un moyen bien simple, sans dangers, à la portée de tout le monde, qui donne les mêmes résultats que l'injection sous-cutanée : c'est les lavements de sérum. Ces lavements doivent être administrés régulièrement au moins 2 fois par jour ou plus souvent, l'on doit veiller à ce que l'enfant ne les rende pas immédiatement et, si cela arrive, ce qui est assez fréquent, on recommence une heure après. On peut ainsi faire absorber à l'enfant de 40 à 50 grammes de sérum par jour par petits lavements de 10 à 15 grammes chacun.

II. — *Observations d'enfants, chez lesquels le sérum a été employé en lavements.*

OBSERVATION I. — (5 mars.) Accouchement prématuré, multipare. Poids de l'enfant 2,600 grammes, peu vigoureux. Le 2e jour il a un peu de sclérème, ne prend pas le sein ; le poids diminue

et le 3e jour œdème généralisé. Il est placé à la couveuse le 4e jour et on lui donne des lavements de sérum; le 6e jour l'œdème disparaît, l'enfant prend le sein de sa mère. Il sort le 17 mars pesant 2,750 grammes. État physique excellent.

Observation II. — (18 mars.) Primipare albuminurique. Poids de l'enfant 2,700 grammes, assez vigoureux, mais ne peut prendre le sein de sa mère. Il est allaité au biberon pendant quatre jours, vomit après chaque tétée, selles vertes. Le 5e jour, il commence à prendre le sein; les mouvements et la diarrhée cessent, mais il ne pèse plus que 2,400 grammes. État général mauvais. On commence à lui administrer les lavements. Le 8e jour, il pèse 2,440 et augmente régulièrement tous les jours de 30 grammes. Il pèse à sa sortie 2,640.

Observation III. — (28 mars.) Femme secondipare. Premier accouchement avant terme, enfant mort peu de jours après sa naissance. Celui-ci, prématuré, au commencement du 9e mois. Longueur de l'enfant, 47 centimètres, poids 2,800, né en état de mort apparente, débile, très pâle; il reste trois jours dans cet état, malgré l'allaitement maternel qui se fait dans de bonnes conditions. Le 4e jour, il est très jaune et vomit après chaque tétée, son poids est de 2,870 grammes. On donne des lavements de 40 grammes environ, tous les jours. Il part le 10 avril pesant 3,500 grammes.

A ces 6 observations nous pourrions joindre celle d'un enfant atteint d'hémorrhagie gastro-intestinale où le sérum employé a donné de bons résultats.

Cet enfant, né le 22 février d'une secondipare, dont le premier enfant est mort quelques jours après sa naissance de débilité congénitale, pèse 2,820 grammes. L'accouchement a été spontané, le travail a duré quatre heures, les membranes se sont rompues à la dilatation complète, la période d'expulsion dure un quart d'heure. Sommet en O. I. D. Pas de traces de syphilis. Le lendemain de sa naissance, l'enfant vomit du sang coagulé, noirâtre: ces vomissements se reproduisent plusieurs fois dans la même journée. Le 24, douze hématémèses très rouges, le lavage de l'estomac ramène des caillots petits et noirâtres en quantité; le nouveau-né diminue rapidement de poids, son état est grave, il ne prend plus le sein. Le 25, quatre selles sanglantes qui traver-

sent ses langes. On essaye de lui faire avaler quelques gouttes de lait mais il le rejette aussitôt. Il est livide ; on lui fait alors des injections sous-cutanées de sérum artificiel de 20 grammes auquel on ajoute 2 à 3 grammes de cognac ; il est placé à la couveuse, paraît se ranimer un peu, prend quelques grammes de lait alcoolisé, qu'il ne rejette pas.

Pendant la nuit nouvelle selle sanglante, mais en petite quantité. Le 26, nouvelle injection de sérum, enfant moins pâle, il prend le sein et n'a plus de vomissements ; mais, son poids a diminué de 300 grammes. Le 27 on joint les lavements aux injections. Le 28, léger méléna : l'enfant tète bien, ne vomit plus, augmente légèrement de poids tous les jours, et le 22 mars à sa sortie il pèse 3,000 grammes.

Le sérum est donc un adjuvant précieux, auquel on peut avoir recours dans maintes circonstances. Nous l'employons journellement dans le service et il nous donne d'excellents résultats.

SYMPHYSÉOTOMIE. RÉTRÉCISSEMENT DE 8 CENTIMÈTRES. OPÉRATION FAITE DANS DE TRÈS MAUVAISES CONDITIONS. GUÉRISON.

Par M. **E. Crimail**,

Chirurgien de la Maternité des hôpitaux de Nantes.

De nombreuses observations de symphyséotomie ont été et sont chaque jour publiées depuis que cette opération a été remise en honneur.

Aussi nous avons hésité à présenter cette communication ; toutefois, en raison du résultat obtenu, malgré le mauvais état où se trouvait la femme qui en est l'objet, nous avons pensé qu'elle pourrait offrir quelque intérêt.

Le 3 septembre 1894, nous recevions à 8 heures du matin, dans notre service de la maternité, une dame P..., en travail d'accouchement depuis plus de 48 heures. Cette dame nous était adressée

de Riaillé (15 à 18 lieues de Nantes) par MM. les Drs Richard, de Riaillé, et Raimbault, de Candé.

En raison d'un rétrécissement assez prononcé du bassin, l'accouchement n'avait pu être terminé, malgré des tentatives faites avec le forceps.

La dame P..., primipare, au terme de sa grossesse, a ressenti les premières douleurs dans la nuit du vendredi au samedi 1er septembre ; les membranes se sont rompues dans la journée du samedi ; le travail, bien que lent, a suivi une marche régulière, et le lendemain, dimanche, vers 3 heures du soir, la sage-femme qui l'assistait, constatant que la partie qui se présentait, la tête, n'avait subi aucun engagement, malgré la persistance des douleurs, et en présence d'une dilatation complète, fit appeler M. Richard, de Riaillé. Celui-ci, après plusieurs applications de forceps et des tractions énergiques, n'ayant pu abaisser la tête, eut recours à l'assistance de M. Raimbault, de Candé.

Ces deux praticiens constatant un rétrécissement pelvien prononcé et l'inefficacité des manœuvres effectuées; d'autre part, ne pouvant se résigner, en raison de l'état de vie du fœtus, à en pratiquer la mutilation, décidèrent d'envoyer leur parturiente à Nantes, afin qu'elle y pût subir telle opération jugée opportune, probablement la symphyséotomie.

Ce n'est que le lundi 3 septembre, plus de 48 heures après le début du travail, qu'elle arrivait, à 8 heures du matin, à la maternité, après un voyage des plus pénibles, tantôt voitures plus ou moins suspendues, tantôt chemins de fer.

Nous nous sommes étendu sur ces divers faits préliminaires, afin de montrer les conditions défectueuses où se trouvait cette malheureuse au moment de l'opération.

Aussi, grande fatigue, épuisement après un travail de plus de deux jours et des manœuvres obstétricales énergiques, fatigue augmentée par un voyage pénible, sensibilité excessive du ventre, fièvre assez forte, 104 à 110 p., température 38°, et grande appréhension des opérations possibles : tel était son état.

Agée de 27 ans, d'une bonne constitution, elle n'a jamais été malade ; née de parents vigoureux et bien portants, la dame P... n'a d'autres antécédents rachitiques que ce fait d'avoir marché très tard, seulement à trente mois. Sa taille, assez petite, est de 1 m. 38. Sa structure osseuse n'offre aucune apparence de rachi-

tisme, ni du côté des membres, ni du côté des bosses pariétales.

Les menstruations se montrent pour la première fois à l'âge de onze ans, et n'ont éprouvé aucune irrégularité depuis leur instauration.

A son arrivée, elle accuse une sensibilité excessive du ventre, elle ne peut rester dans le décubitus dorsal, et affecte la position génu-pectorale, qu'elle a, du reste, été forcée de conserver pendant toute la durée du voyage ; la palpation abdominale est très difficilement supportée et ne donne aucun résultat satisfaisant pour le diagnostic, l'utérus étant fortement contracturé ; la vulve et le vagin sont très tuméfiés,. congestionnés et même excoriés, un liquide composé de mucosités sanguinolentes et de méconium s'écoule assez abondant.

Au toucher, col revenu sur lui-même, resserré, mais nous paraissant néanmoins devoir être facilement dilatable. Le doigt atteint facilement le promontoire; mesuré avec soin, le diamètre promonto-sous-pubien atteint à peine 9,5 centim., ce qui, déduction faite, donne un promonto-pubien de 8 cent. Les autres diamètres sont généralement étroits, et le doigt explorateur éprouve la sensation d'une grande insuffisance de tout le pelvis dans le sens transversal et oblique également.

Ces données acquises sur les dimensions du bassin nous paraissent assez nettes pour nous autoriser à prendre une décision.

La tête est au-dessus du détroit supérieur, nullement engagée, assez immobile en raison de l'état de contracture de l'utérus : sa position assez difficile, sinon impossible à reconnaître, une bosse séro-sanguine volumineuse masquant les sutures et les fontanelles.

L'auscultation décèle la présence des battements fœtaux à droite ; ils sont un peu précipités, peu vigoureux, position O. I. D. A. probable.

En résumé, rétrécissement général du bassin, diamètre conjugué 8 centim., tentatives répétées de forceps infructueuses, et enfant vivant.

La symphyséotomie nous parut indiquée et devoir être exécutée le plus promptement possible. Nous ne nous dissimulions pas que l'état de fièvre de la femme et sa fatigue extrême étaient peu favorables à l'opération ; mais, d'un autre côté, comme aux confrères qui nous l'avaient adressée, il nous répugnait de muti-

ler cet enfant vivant, seule autre ressource pour terminer cet accouchement. Nous nous arrêtames donc à la symphyséotomie, espérant bien que, une fois l'écartement interpubien produit, la tête pourrait, sans trop de difficulté, franchir la filière pelvienne nouvelle.

Notre excellent confrère et ami, M. le Dr F. Jouon, chirurgien des hôpitaux, voulut bien nous assister et nous aider de ses judicieux avis. L'interne du service, M. Mouillé, et un interne, M. Gourdet, prêtèrent leur concours à l'opération ; étaient présents MM. les Drs Raingeard, Boiffin, Ollive, chirurgiens et médecins des hôpitaux, ainsi que plusieurs internes.

L'instrumentation à notre disposition très simple : un bistouri, quelques pinces, des écarteurs, une lame de zinc courbée, destinée à remplacer la gouttière arquée de M. Farabeuf.

La femme fut placée en situation obstétricale, rasée et lavée largement, intra et extra, l'asepsie du vagin ne fut peut-être qu'imparfaite, par suite de l'écoulement continu du méconium et des mucosités vaginales.

L'anesthésie, confiée à un interne, fut bientôt complète.

Nous adoptâmes pour l'opération le procédé suivi par M. le professeur Pinard, et dont M. le professeur Farabeuf nous avait donné, dans une conférence faite à Nantes en avril 1894, une intéressante et remarquable démonstration.

Placé entre les cuisses de la femme, que deux aides, M. le Dr Jouon et M. Gourdet, maintenaient écartées, nous commençâmes une incision médiane, qui, partant de six centim. environ au-dessus du rebord supérieur du pubis, vint en bas atteindre le bord inférieur de ces os, mais s'arrêtant au niveau même de ce bord, afin de ne pas atteindre, par suite d'un glissement possible de la peau, le clitoris et les vaisseaux l'accompagnant.

Cette incision fut, plus tard, étendue supérieurement de deux ou trois centim., afin de rendre plus faciles la recherche et le passage de la lame post-pubienne. Les muscles droits furent légèrement séparés au niveau du bord supérieur du pubis.

Le tissu cellulaire, abondant dans cette région, fut incisé dans toute son épaisseur ; quelques petits vaisseaux donnèrent du sang, mais en petite quantité, et une pression exercée avec les pinces suffit pour, sans ligature ultérieure, en arrêter l'écoulement.

Des écarteurs placés à droite et à gauche de l'incision permirent de mettre au jour le tissu nacré de l'enveloppe pré-articulaire du pubis, tous les tissus le masquant furent soigneusement détachés, et il apparut très nettement. Saisissant alors de la main gauche le clitoris, et l'attirant en bas, il nous fut facile de faire saillir le faisceau fibreux de son ligament suspenseur. Une incision transversale sépara ce ligament de son insertion osseuse et mit à découvert l'arcuatum.

Ayant ainsi libéré la partie inférieure de l'arcade, nous pûmes, avec l'index, augmenter cette ouverture de la voie post-pubienne. Puis, dans cette sorte de cavité séreuse, introduisant la lame courbée, nous pûmes lui faire longer toute la partie postérieure de la symphyse, refoulant en arrière de cette lame les vaisseaux et organes qu'il était urgent de protéger.

L'instrument ainsi introduit vint bientôt faire saillie au-dessus du rebord supérieur du pubis, une incision faite sur les tissus qui en masquaient l'extrémité lui permit d'apparaitre à l'extérieur.

Le tissu fibreux recouvrant le cartilage interpubien ayant été bien dégagé et mis en évidence, le cartilage fut, dans sa partie exactement médiane, tranché de haut en bas, d'avant en arrière, avec un bistouri choisi intentionnellement assez mince : la section en fut faite jusqu'à ce que la lame métallique post-pubienne apparût, dans toute sa hauteur, en contact immédiat avec la pointe du bistouri.

Aussitôt cette section du cartilage opérée, il se produisit un écartement d'au moins deux centimètres.

Ces deux temps importants de la symphyséotomie : section du ligament suspenseur du clitoris et section du ligament interpubien, furent exécutés sans trop de difficultés.

Restait à obtenir l'écartement du pubis qui ne pouvait se produire que par la disjonction des symphyses sacro-iliaques, au moins dans leur partie antérieure.

Nous nous assurâmes que, entre les deux pubis, la séparation était complète et qu'aucun tissu n'avait échappé à la section.

Pour obtenir tout l'écartement possible, les aides placés de chaque côté durent mettre les cuisses en abduction forcée maxima ; un craquement facile à percevoir se produisit dans les articulations sacro-iliaques, et les pubis s'écartèrent, laissant entre eux un es-

paced'environ 5 à 6 centim. ; nous avons le regret de n'avoir pas pris exactement cette mesure.

L'écartement, fait avec précaution et intelligence par les aides, fut bien symétrique.

Un tampon de gaze iodoformée fut placé dans la plaie ainsi produite, et maintenu, comme pansement provisoire, pendant l'extraction du fœtus.

Le forceps par une application directe, saisit la tête en son diamètre occipito-frontal et l'engagea transversalement ; la rotation ne put être faite, probablement à cause de l'étroitesse générale du bassin, dont les dimensions antéro-postérieures et surtout les obliques n'avaient pu être suffisamment agrandies pour permettre des mouvements dans l'excavation. Néanmoins la tête fut dégagée transversalement sans nécessiter de grands efforts.

L'enfant, masculin, assez volumineux, respira faiblement, cria, fit de petits mouvements pendant quelques instants ; mais, malgré les efforts tentés pour le ranimer, ne tarda pas à succomber.

L'autopsie, du reste, nous révéla une fracture du pariétal, gauche, constituée par une fente longitudinale de toute la bosse pariétale avec épanchement de sang abondant sous le périoste et moins abondant sous les méninges ; une large excoriation de toute la peau de la joue droite.

Poids du fœtus, 2,950 grammes ; tête volumineuse : diamètre bi-pariétal 9,5 centimètres, bi-temporal 8,2, l'occipito-bregmatique 9,5 centimètres.

La femme fut lavée avec soin, à grande eau : lavages intra-utérin, vaginal et extérieur ; de même pour la plaie opératoire.

Puis il fut procédé à la suture : trois points à la soie plate, rasant le tissu osseux, comprenant la plus grande partie du tissu fibreux et même le périoste, réunirent antérieurement les ligaments pubiens ; grâce aux aides, qui, appuyant fortement sur les trochanters, rapprochaient le plus possible les pubis, le contact nous parut immédiat.

Après cette suture, qui, ainsi que nous nous en étions assuré, n'avait laissé pénétrer aucun tissu entre les surfaces articulaires, trois autres points rapprochèrent les grands droits ; puis réunion de la plaie cutanée, sutures profondes et superficielles alternées, faites avec du crin de Florence.

Après un dernier lavage général, un tampon de gaze iodoformée fut introduit dans le vagin, et un pansement ouaté volumineux et fortement maintenu par un bandage de flanelle fut appliqué bien serré.

Nous devons mentionner qu'au moment du pansement une légère compression faite sur les côtés de la suture fit sourdre un peu de sang ; nous hésitâmes à défaire la suture et rechercher le vaisseau d'où il provenait, mais nous pensâmes, d'accord avec les confrères présents, que la forte pression exercée par le pansement suffirait pour arrêter l'écoulement.

Le pansement ordinaire des femmes accouchées fut appliqué sur la vulve et les jambes furent maintenues rapprochées par un bandage.

La malade, réveillée, fut transportée sur son lit, ne se plaignant que de la gêne causée par le bandage trop serré.

Dans la journée, assez bon état, champagne, bouillon.

Le soir, T. 38°. P. 84. Aucune douleur, aucun malaise, ne se plaint que de la compression du bandage; elle est cathétérisée ; la ouate prévulvaire, très imprégnée de liquide lochial normal, est renouvelée.

Le 4, lendemain de l'opération, T. 38°. P. 84; assez bonne nuit, un peu de sommeil, aucune douleur, ni mal de tête. La vessie est vidée trois fois par jour.

Le soir, T. 38°. P. 80. État satisfaisant, la pression du bandage est mieux supportée. Le pansement vulvaire très souillé est renouvelé.

Même régime, champagne, bouillon et lait.

Le 5, bonne nuit. T. 38°. P. 84. Le départ de son mari lui a causé ce matin une vive émotion, néanmoins elle est assez bien, pas de sensibilité du ventre, mais ballonnement notable, gaz rendus en abondance. Même régime, infusion de camomille avec élixir parégorique.

Le soir, T. 38°,7. P. 104. Un peu d'abattement, ballonnement plus prononcé, le pansement vulvaire très souillé de lochies odorantes, odeur de sphacèle provenant probablement des lésions vaginales lors des premières tentatives d'accouchement. Lavage au biiodure dans le vagin; la malade est soulevée avec précaution, tandis que deux aides maintiennent très serrées les hanches et les cuisses, la vulve très tuméfiée, douloureuse, laisse pénétrer difficilement la canule.

Ce pansement avec lavage paraît avoir fatigué la malade ; même régime, élixir parégorique, sulfate de quinine 1 gramme, pilules de 2,5 centigrammes d'extrait d'opium.

Le 6, T. 37°,3. P. 96. Etat meilleur que la veille, facies souriant, bon sommeil ; la montée de lait qui avait déjà débuté la veille, s'accentue. Même régime, quinine et opium.

Le soir, T. 38°. P. 112. Bien qu'encore météorisé, le ventre est plus souple ; les lochies moins odorantes, à peu près normales, continuent à souiller largement le pansement vulvaire qui est changé.

Langue très humide, aucune douleur, aucun malaise, très bon état.

Le 7. S. 37°,9. P. 100. Devant cette élévation de température depuis la veille, le pansement est levé, pour la première fois, avec toutes les précautians voulues ; la cicatrisation de la plaie est bien faite, mais à droite existe un point douloureux, avec un peu d'empâtement ; point à surveiller.

Le soir. T. 39°. P. 110. Légère sensibilité dans la région de la plaie.

Le 8. T. 38°,9. P. 112. La malade accuse une douleur plus accentuée, le bord inférieur du bandage étant souillé d'un liquide purulo-sanguin, il est enlevé ; et à la partie supérieure de la cicatrice s'écoule du sang putréfié de très mauvaise odeur ; l'évacuation complète en est faite ; lavage intérieur de la plaie, la poche sous-cicatricielle paraît étendue, mais se vide facilement. Ce lavage fait bon effet, car le soir, T. 37°,5. P. 98, et la malade se trouve soulagée. On commence à la nourrir.

Le 9, T. 36°,7. P. 92. Sensation de mieux-être ; les mêmes pansements sont continués pour faciliter l'évacuation du pus, matin et soir, mais avec les plus grandes précautions pour éviter tout écartement possible et les mouvements préjudiciables. Le soir, T. 37°,5, P. 98.

Le 10, matin, T. 36°,7. P. 92. Le soir, T. 37°,8. P. 94. La malade se sent bien, aucune douleur ni malaise ; mêmes pansements ; l'écoulement du pus diminue beaucoup. Même régime, elle mange un peu plus.

Le 11, T. 37°,2. P. 95. Pour faciliter l'écoulement du pus, un drain est placé à la partie inférieure de la cicatrice après écartement des tissus.

Le soir, T. 38°. P. 102. Bon état, mêmes pansements.

Le 12, T. 37°,6. P. 100. Le soir, T. 38°. P. 102. Depuis la nuit, la malade est prise d'incontinence d'urine qui souille les pansements et les draps. Aussi, et pour éviter l'accumulation du pus et pour la soustraire aux dangers de ces draps constamment imprégnés d'urine, les pansements sont faits matin et soir. Au reste, malgré la petite fatigue passagère que causaient ces pansements, ils paraissent soulager la malade et faire baisser la fièvre et la température.

Le 13, matin, T. 37°. P. 95. Le soir, T. 38°. P. 96.

Le 14, matin, T. 37°,2. P. 98. Le soir, T. 38°. P. 108. La malade se plaint de coliques, elle n'a pas eu de garde-robes ; demain matin purgation.

Le 15, matin, T. 37°. P. 108. L'huile de ricin a agi convenablement sans provoquer de douleur, la malade paraît bien soulagée. Le soir, T. 37°. P. 94.

Le 16, matin, T. 36°,5. P. 92 ; l'incontinence d'urine qui existait depuis cinq à six jours a complètement disparu ; la quantité de pus évacué par le drain a beaucoup diminué ; pour ces deux raisons, on ne fait plus qu'un pansement par jour. Le soir, T. 37°,5. P. 100.

Les jours suivants, l'état devient de plus en plus satisfaisant, la température variant entre 36°,5 et 37, le pouls entre 80 et 90. L'appétit excellent, les forces reviennent, et la malade, désireuse de se lever, fait, dans son lit, des mouvements desquels elle ne paraît ressentir aucune gêne dans le bassin.

1er octobre, vingt-huitième jour après l'opération, elle se lève, soutenue par deux aides, se tient debout très solidement, fait quelques pas en traînant un peu les pieds, mais n'éprouve aucune difficulté pour se maintenir d'aplomb.

Pendant la marche, notre doigt, introduit dans le vagin et appuyé sur la symphyse pubienne, ne constate aucune mobilité dans cette articulation.. . . . .

Les jours suivants, elle reste chaque jour plus longtemps levée, marche de plus en plus facilement et d'une façon de plus en plus normale ; alimentation normale.

Le 10. État général et local aussi satisfaisant que possible. Il existe encore une petite fistulette qui tend à se tarir. Elle sort de la maternité. . .

OBSERVATION DE LA Ire SYMPHYSÉOTOMIE

Pratiquée au Chili par le Dr Adolphe Murillo,
Professeur de clinique obstétricale à l'Université de Santiago.

Anna R. L..., âgée de 36 ans, chilienne, fille d'une mère tuberculeuse et d'un père cardiaque. Pas d'autres antécédents héréditaires. Depuis l'âge de deux ans, elle souffre d'un mal de Pott.

Elle se présente à la clinique le 28 décembre 1893, en demandant à être examinée pour savoir si elle pourrait accoucher facilement. Enceinte pour la première fois, elle n'a présenté rien de particulier pendant le cours de sa grossesse.

Réglée à 15 ans et toujours régulièrement, elle a eu ses dernières règles le 10 avril.

De constitution délicate, elle mesure 1 m. 27 centimètres. La région dorsale présente une déviation cyphotique de la colonne vertébrale. Les jambes sont arquées et les genoux sont dirigés en dedans.

A la vue : le ventre est en besace et tombe sur les parties génitales externes en les recouvrant complètement. Seins peu développés.

Par la palpation, l'auscultation et le toucher, on s'assure que le fœtus vit et qu'il se présente en *occipito-iliaque droite transversale.*

La pelvimétrie donne :

Diamètre de Baudelocque	16	centim.
Distance d'une épine iliaque antéro-supérieure à celle du côté opposé	24	—
Distance d'une crête iliaque à celle du côté opposé	25	—
Distance d'un trochanter à l'autre	24	—
Distance d'une épine iliaque postéro-supérieure à celle du côté opposé	9	—
Distance d'une tubérosité ischiatique à l'épine postéro-supérieure du côté opposé	15	—
Distance de l'épine iliaque antéro-supérieure d'un côté à la postéro-supérieure du côté opposé	19	—
Distance de l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire à l'épine iliaque antéro-supérieure	15	—

Du milieu du bord inférieur de la symphyse pubienne à l'épine iliaque postéro-supérieure............	15	centim.
Diamètre coxi-sous-pubien........................	9	—
Diamètre bi-ischiatique externe..................	8	—

Comme on le voit, il existait un rétrécissement pelvien cyphotique avec rétrécissement de la plupart des diamètres.

Le diamètre de Baudelocque ayant 16 centim., le pelvis avait donc un diamètre antéro-postérieur minimum de 7 centim.

La parturiente est prévenue de la nécessité de lui faire une opération.

Le soir même du jour de l'examen, la malade entre à la clinique : elle était en travail depuis trois heures du soir et il est presque certain que l'examen prolongé subi le matin même provoqua le début du travail.

A 6 heures 1/2 du soir la poche des eaux se rompit.

Le professeur Murillo est appelé dans la nuit. Il constate que la dilatation est presque complète ; les contractions étant très fréquentes on se met en devoir de pratiquer l'opération.

Opération. — Le matin, de bonne heure, M. le professeur Murillo, assisté du D[r] Gutierrez, pratique la symphyséotomie.

La femme, placée en travers du lit, est chloroformisée. On rase et désinfecte les parties génitales externes ; cathétérisme vésical. Exploration soignée du champ opératoire.

Un élève maintient les parois du ventre constamment élevées, ce dernier recouvrant les parties génitales.

Incision verticale commençant à 1 centim. au-dessus du pubis, se terminant au clitoris et intéressant toutes les parties molles. Hémostase avec pinces.

Section de la symphyse. — Après d'infructueuses tentatives de section au bistouri (soit que la symphyse fût ossifiée ou que le cartilage très mince ne donnât point prise au tranchant) on le scie avec la scie à chaîne.

Cette dernière est introduite difficilement, mais la section fut facile.

On rapproche les jambes pour éviter le trop grand écartement des os iliaques, et deux aides les maintiennent solidement pendant l'accouchement.

Accouchement, par le forceps Tarnier, sans aucune difficulté.

L'écartement des symphyses fut de 6 centimètres au moment de l'extraction.

L'enfant naît en état de mort apparente, une cuiller du forceps avait pris une anse du cordon; on le ranime après un quart d'heure de soins. . . . .

L'expulsion du placenta se fait normalement. La perte de sang pendant toute l'opération, est évaluée à 400 grammes.

Lavage antiseptique soigné intra et extra; séries de points de suture profonds et superficiels des parties molles.

Pansement à l'iodoforme et bandage très compressif.

L'enfant, qui était né presque asphyxié par suite de la compression du cordon, meurt quelques heures plus tard.

Sexe mâle.

Enfant. — Poids de l'enfant : 3,200 grammes.

Dimensions de la tête : O. M. = 13 centimètres.
O. F. = 11,2 —
S. O. B. = 10 —
S. O. F. = 11 —
B. T. = 8 —
B. P. = 9,5 —
B. M. = 7,6 —
M. Sincipital = 12,5 —

La plus grande circonférence, 38 centimètres.
— petite — 32 —

29 décembre matin. Vomissements au point du jour. T. 37°,5; P. = 116, langue humide. On lui met la tête basse, et on donne de la glace.

Le soir. T. = 37°,8; P. = 126. Pas de vomissements, langue saburrale. Ventre tympanisé. Pansement : état local satisfaisant. Partie supérieure du ventre est sensible à la pression. Cathétérisme vésical et sonde à demeure.

Le 30 décembre, matin. Pas de vomissements. T. = 37°,6; P. = 116. langue humide. Champagne frappé; café.

Le soir. T. = 37°,9, P. = 120. Vomissements.

Les jours suivants, la malade va en s'améliorant. Huit jours après l'opération, le 5 janvier, on enlève les fils. Plaie cicatrisée. Persistance du bandage compressif.

Le 22 janvier la malade se lève et fait quelques pas sans inconvénient.

Elle quitte l'hôpital quelques jours après, guérie.

Elle a promis de revenir.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance de mai 1897.

M. PICHEVIN présente un **fibrome utérin**, enlevé par la voie abdominale. Il a pratiqué l'hystérectomie abdominale totale par le procédé de Richelot; il insiste sur la facilité et les suites de cette opération.

DISCUSSION. — M. DOLÉRIS fait remarquer qu'il s'agissait là, à cause de la forme de la tumeur, d'un cas favorable. Lorsque le fibrome dédouble les ligaments larges, il n'est pas toujours facile d'enlever l'utérus et les fibromes, de faire l'hystérectomie abdominale totale. Il est préférable de se contenter de l'hystérectomie intravaginale de Schrœder, opération qui donne de meilleurs résultats que l'abdominale totale qui a encore une mortalité assez élevée.

M. RICHELOT fait remarquer qu'une fois les fibromes enlevés, il n'est pas plus difficile d'enlever l'utérus que de confectionner un moignon avec le bout du col que l'on veut laisser. L'hystérectomie totale lui a donné de bons résultats. De plus, à mortalité égale, il reste des inconvénients inhérents au pédicule : suppuration, perforation de l'intestin, fistules stercorales. Dans certains cas, il a dû enlever par la suite le moignon qu'il avait laissé.

M. MAYGRIER. **Grossesse gémellaire univitelline.** — Le placenta n'a pas été injecté, mais il est facile de reconnaître qu'il existe des anastomoses d'artère à artère. L'accouchement a eu lieu avant terme, les deux enfants sont morts. L'un était transfuseur de l'autre. Le fœtus transfusé était plus lourd que le fœtus transfuseur, son cœur était aussi hypertrophié. Ici le transfusé a profité des anastomoses existant entre les deux placentas.

M. PORAK. **Grossesse gémellaire à circulation dépendante.** — Schatz a insisté dans les grossesses univitellines sur leur caractère particulier de présenter des anastomoses vasculaires inter-

placentaires. M. Porak pense que la différence de poids des jumeaux vient de leur âge différent dans le cas de grossesse bivitelline, des communications vasculaires lorsque leur âge est identique. En dehors des grossesses univitellines, l'âge des jumeaux peut être le même lorsque les ovules sont issus d'une même vésicule de de Graaf, c'est-à-dire lorsque la grossesse gémellaire est univésiculaire.

Les grossesses univitellines ou univésiculaires sont rares. M. Porak en a observé un cas remarquable, qui diffère de l'observation de M. Maygrier, en ce sens que le fœtus transfusé, loin de bénéficier de l'excès de sang reçu, est mort asystolique, le cœur ne pouvant suffire au surcroît de travail qui lui était imposé.

Il s'agissait d'une grossesse univitelline, parce que la cloison de séparation des œufs n'était constituée que par deux amnios. Les deux enfants sont du sexe féminin. La grossesse a été interrompue au 7e mois 1/2. Le fœtus transfuseur pèse 1,200 gr., a vécu quelques heures, son cœur 10 gr. 50, rouge, en systole, le foie 43 gr. Le placenta est mince, petit, relativement sec. Le fœtus transfusé, mort en naissant, est en état d'asystolie, pèse 980 gr. Hydramnios, ascite, œdème généralisé sous-cutané, hydrothorax, hydropéricarde, œdème considérable du placenta. L'injection des vaisseaux placentaires n'a que partiellement réussi. Cœur 13 gr. 50, pâle, mou, en diastole; foie 75 gr.

Les grossesses gémellaires à circulation dépendante sont une cause très fréquente d'accouchement prématuré et d'avortement. Lorsque l'un des enfants succombe avant le 4e ou le 5e mois, il peut rester dans l'utérus et devenir fœtus papyraceus. La cause de la mort du fœtus provient certainement d'anastomoses des gros vaisseaux placentaires qui établissent la prépondérance marquée d'un fœtus sur l'autre, en particulier d'anastomoses à la fois d'artère à artère et de veine à veine. Lorsque ces anastomoses existent, le partage du placenta à peu près égal entre les deux fœtus ne semble pas possible. Suivant la part qui appartient au fœtus le plus faible, ses conditions de vitalité se trouvent compromises. Par une transition insensible, on constate tous les intermédiaires entre le fœtus papyraceus et les différentes variétés de monstruosités omphalosites.

Les fœtus pourvus de tous leurs organes, bien constitués, ne peuvent pas vivre; ils deviennent fœtus papyraceus. L'auteur en

relate trois observations, dont deux personnelles. Il s'agissait de grossesses univitellines. Les fœtus dont le cœur n'est qu'à l'état de vestige ou n'existe pas du tout peuvent vivre à côté du fœtus bien constitué, mais à condition d'en être le parasite, c'est la monstruosité omphalosite. Aussi semble-t-il rationnel de classer les monstres omphalosites : parencéphale, encéphale, anideus, d'après la structure de leur cœur et non d'après leur apparence extérieure.

M. Doléris : **Traitement de l'avortement incomplet.** — L'auteur est partisan de la délivrance hâtive à l'aide de la pince à faux germe qu'il a fait construire, et de la curette, qu'il préfère à la méthode digitale. Pour lui, l'emploi de la curette n'offre aucun danger lorsqu'il s'agit d'évacuer l'utérus d'un délivre ou de débris placentaires après plusieurs jours de rétention et alors que le stroma utérin, déjà revenu sur lui-même et suffisamment tassé, oppose un plan résistant et solide à l'effort instrumental.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

(*Suite et fin*) (1).

Fochier. **Applications de forceps dans les cas de présentation du pariétal postérieur.** — Il est rare que la tête fœtale se présente par le pariétal postérieur. Pourtant, lorsqu'il en est ainsi, il ne faut pas faire d'application antéro-postérieure. On doit laisser libre la bosse pariétale antérieure pour lui laisser la faculté de s'engager. Il faut faire une application oblique, une des cuillers du forceps sur la bosse frontale postérieure et l'autre sur l'apophyse mastoïde antérieure. D'autre part, M. Fochier a constaté qu'il y a avantage à reporter plus haut que dans le forceps Tarnier le point d'attache des branches de traction. Aussi, attache-t-il un lacs presque au niveau du milieu de la cuiller de la branche postérieure.

Budin. **Septième accouchement à terme chez une femme présentant un rétrécissement du bassin.** — Diamètre promonto-sous-

(1) Voir *Annales de gyn. et d'obst.*, mai 1897, p. 413.

pubien 9 centim. et demi, promonto-pubien minimum 7 centim. Dans un accouchement antérieur, la version, qui avait été indiquée par une procidence du cordon, avait permis d'extraire un enfant pesant 2,700 grammes, mais qui mourut au cours de l'opération. Dans ce nouvel accouchement, la femme s'étant absolument refusée à laisser faire la symphyséotomie, on fit encore la version qui fut très laborieuse. Il fallut pour ainsi dire dégager la nuque enserrée par l'anneau de contraction fortement contracturée. Pourtant, on réussit à avoir un enfant vivant : poids 3,200 gramm.; diam., Bi-P. 9 centim. 2; Bi-T. 7 centim.

Discussion. — BUÉ (de Lille) a pu, dans des conditions analogues, à travers un bassin rétréci à 7 centim. 3 dans le conjugé vrai, extraire, par la version nécessitée par une procidence du cordon, un enfant vivant de 3,500 grammes.

DEMELIN, au nom de M. STIEBER (Toulouse), relate un cas d'**accouchement prématuré** chez une femme primipare, sciolio-rachitique, ayant 1 m. 36 de taille, avec un bassin aplati dans toute la moitié gauche, et un conjugué vrai de 7 centim. 5. L'intervention se termina par la naissance d'un enfant du poids seulement de 1,860 grammes, qui, en dépit de son petit volume, présentait des empreintes crâniennes, preuve de son passage à frottement dur sur la filière osseuse et qui mourut peu après.

Discussion. — M. MAYGRIER croit que, dans ce cas, on eût judicieusement choisi un autre mode d'intervention.

M. CROUZAT, au nom de M. LOP (Marseille). **Syndrome péritonéal dans une présentation du siège.** — Appelé auprès d'une multipare, l'auteur la trouva avec un ensemble de symptômes très inquiétants; depuis 15 jours, vomissements incessants, sensibilité abdominale extrême, traits tirés, langue sèche, voix cassée, faiblesse grande, tous les symptômes d'un état péritonéal sérieux. Temp. 35°,6, P. 140. Or, ayant pu, malgré la sensibilité du ventre, réussir la version par manœuvres externes, tous les accidents s'évanouirent dès que l'enfant fut placé en présentation de la tête et l'accouchement se fit régulièrement, à terme, alors que, peu avant, il pensait à le provoquer.

Discussion. — M. GRYNFELT juge que le complexus symptomatique grave qui vient d'être décrit n'est guère habituel avec la présentation du siège, et il avoue qu'il n'aurait pas songé à prati-

quer la version par manœuvres externes en pareilles conditions. BUDIN a vu méconnaître l'origine de la douleur dans l'hypochondre causée par la présence de la tête fœtale et traiter des pleurésies qui n'existaient pas.

PRUVOST (Rennes) relate l'observation d'une **femme ayant une matrice double**, et chez laquelle cinq grossesses ont pu évoluer tantôt dans l'une, tantôt dans l'autre cavité utérine.

BAR. **Sur l'état du placenta et des fœtus dans la grossesse gémellaire univitelline.** — L'auteur a utilisé 13 cas de grossesse gémellaire univitelline pour étudier : *a*) la disposition des membranes, *b*) du cordon, *c*) du placenta, *d*) le développement des fœtus; 2 fois amnios unique, 11 fois amnios double. Dans les cas d'amnios unique, cordons insérés à côté l'un de l'autre ; dans l'autre cas, insertion aux extrémités d'un diamètre ou même sur les membranes. Le plus souvent, une seule artère à l'un des cordons, en général à celui du plus petit fœtus. Dans les 13 cas, il y avait des anastomoses vasculaires, superficielles d'artères à artères et de veines à veines dans les 2 cas à amnios unique; d'artères à artères superficielles dans les cas à amnios double, etc. On conçoit quelle influence suivant leur disposition, suivant la quantité respective de sang qu'elles ménagent aux fœtus, ceux-ci peuvent avoir un développement inégal. Et, en effet, dans les grossesses univitellines, un des fœtus habituellement est plus volumineux que l'autre, la différence peut aller de 740 à 2,500 grammes, et tous les deux souffrent : chez le fœtus le plus gros, il y a hypertrophie du cœur, du foie, de l'œdème placentaire, de l'hydramnios ; chez le plus petit, arrêt de développement du cœur, cirrhose hépatique, etc. Somme toute, fœtus peu résistants.

GUÉNIOT. **Un cas de placentome.** — Sur un placenta provenant d'une primipare bien portante, qui avait accouché prématurément, il y avait, au niveau de la face fœtale, près de l'attache funiculaire, une tumeur arrondie, ferme, homogène, ayant l'apparence et les dimensions du gésier d'une poule. L'examen démontra que la tumeur était constituée par un amas de villosités, de tissu placentaire par conséquent, d'où la dénomination choisie : *placentome.*

BUDIN. **Production du lait par les nourrices.** — L'auteur a remar-

qué que « *plus on demandait en quelque sorte à la nourrice, plus elle donnait* ». Il a pu, par exemple, avec seulement 14 nourrices fournir aux exigences alimentaires de 64 nourrissons. La quantité quotidienne de lait de chaque nourrice a pu s'élever de 1,657 gr. à 2,270 gr. et cela sans préjudice pour la qualité du lait : « il est souvent utile pour empêcher le lait de se tarir de donner à une femme qui ne réussit qu'incomplètement à nourrir un seul enfant, un ou deux autres nourrissons à allaiter ».

PATAY. **Albuminurie grave sans éclampsie.** — A l'Hôtel-Dieu de Rennes, on a observé une série de 19 albuminuries gravidiques avec seulement 4 cas d'éclampsie. On a de plus observé un cas d'éclampsie sans albuminurie. Chez l'une des albuminuriques, il s'agissait d'une grossesse gémellaire. La femme présenta des accidents graves (dyspnée, oligurie, somnolence). Toutefois, elle n'eut pas de convulsions. La grossesse se termina par l'expulsion de 2 jumeaux, morts, du poids de 1,100 et 900 gr. Placenta unique de 410 gram. sans vestige de foyer hémorrhagique récent ou ancien. Le lendemain de l'accouchement, hémiplégie droite, aphasie complète, incontinence d'urine et des fèces, accidents qui persistent depuis plus de quatre mois.

FAVRE. **Imperméabilité de l'uretère dans l'éclampsie.** — Aux deux cas d'imperméabilité de l'uretère dans l'éclampsie, sur lesquels il a attiré l'attention il y a déjà deux ans, l'auteur en ajoute deux nouveaux dans lesquels il y avait stricture, et probablement obstruction complète de ce canal pendant la grossesse.

BAR et GUYEISSE. **Lésions hépatiques et rénales dans l'éclampsie.** — L'auteur a pu utiliser 13 cas de mort après éclampsie pour étudier les altérations anatomiques du foie et du rein habituelles dans cette maladie : 9 fois les hémorrhagies hépatiques étaient très nettes, sans grands foyers ; mais il y avait un gros foie, tigré de taches brunes, avec hémorrhagies péri-portales siégeant à la périphérie des lobules le plus souvent, empiétant rarement sur la partie lobulaire centrale. Quelquefois, à côté des hémorrhagies, on pouvait reconnaître des parties blanchâtres, bandes d'apparence hyaline, reliquats d'anciens foyers sanguins ayant subi la dégénérescence graisseuse ; 2 fois, on trouva des branches de la

veine porte thrombosées et, tout autour des branches thrombosées, des infarctus hémorrhagiques. Dans les 4 dernières observations, il y avait des foyers de dégénérescence cellulaire indépendants de toute hémorrhagie : par îlots, les cellules hépatiques étaient grosses, multinucléées, troubles, vacuolées; la paroi des vaisseaux était le siège d'une dégénérescence hyaline, et l'on voyait de longues traînées où les cellules étaient entièrement détruites. De ces constatations, M. Bar conclut qu'il existe bien un *foie éclamptique,* dans lequel la lésion cellulaire représente la lésion fondamentale, et les hémorrhagies des altérations seulement accessoires. Comme Klebs (1888), il a maintes fois reconnu la présence de cellules hépatiques dans les veines intralobulaires. D'autre part, les recherches faites dans le but de déceler la présence éventuelle de micro-organismes est restée entièrement négative dans tous les cas. Les reins atteints des lésions de la néphrite classique ne présentaient ni micro-organismes, ni cellules hépatiques, ni cellules de Schmorl (cellules multinucléées détachées des villosités choriales et arrivant au foie, au rein). Quant aux enfants, si chez 4 sur 6 on constata des ectasies vasculaires et des foyers hémorrhagiques siégeant au foie et au rein ainsi que des altérations cellulaires, il n'en paraît pas moins douteux que, contrairement à l'opinion de Chambrelent, ces modifications du tissu hépatique ne sont ni constantes, ni pathognomoniques et qu'on les rencontre chez tous les enfants qui meurent d'une infection quelconque ; l'éclampsie les engendre souvent, mais assurément pas d'une manière exclusive.

Discussion. — Guéniot demande si l'on a pu savoir si dans les formes bénignes de l'éclampsie ces altérations du foie et du rein existent également ; et Fochier exprime l'opinion que, malgré l'échec des recherches bactériologiques, il est probable que l'éclampsie est une maladie infectieuse, de nature bactérienne. Bar répond que dans un cas d'éclampsie qui lui parut bénin, et où la mort avait eté, *probablement*, causée par une injection intra-veineuse de sérum, il avait relevé des lésions hépatiques et rénales aussi accusées que chez les autres malades. Que d'autre part, si l'hypothèse de la nature bactérienne de l'éclampsie reste admissible, il n'en est pas moins vrai que toutes les altérations observées sont le fait d'une intoxication due à la présence de toxines dans l'organisme. M. Claude a pu, d'ailleurs, en injectant

dans le tissu cellulaire des animaux des toxines filtrées et bien isolées produire du côté du foie et du rein semblables altérations.

R. Labusquière.

REVUE ANALYTIQUE

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

Version ou haut forceps (Wendung oder hohe Zange), par H. Schultz. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XXXIV, Hft. 2, p. 174.

L'auteur rapporte, d'abord, les résultats fournis par la version podalique dans une série de 60 cas de présentation du sommet. La version fut faite à des moments plus ou moins favorables eu égard à la rupture de la poche des eaux (la poche étant encore intacte, rompue depuis peu ou déjà depuis longtemps).

Ces 60 cas se répartissent ainsi : A) bassin rétréci, 12, B) bassin normal, 48.

A) Dans les 12 cas de bassin rétréci, les indications furent les suivantes : 1° *versions prophylactiques* 4 ; 2° *présentations vicieuses*, 3; 3° *prolapsus des bras et des pieds*, 3; 4° *présentations défectueuses*, 3.

B) Dans les 48 cas de bassin normal, on relève comme indication : 1° *placenta prævia* (le plus souvent) ; 2° *éclampsie* ; 3° *carcinome* de la portion vaginale du col 1 ; 4° *chute du cordon* 11 ; 5° *fièvre* (au-dessus de 39°) 2.

10 fois il s'agissait de *primipares*, 50 de *multipares*.

Faisant le procès de la version, qu'il considère comme très inférieure au forceps appliqué au détroit supérieur, l'auteur écrit : « Je ne veux pas attribuer à l'opération elle-même les résultats fournis par la version dans les cas de placenta prævia et de chute du cordon, mais seulement ceux qu'elle donna dans les bassins rétrécis. Sur 12 enfants, 5 vinrent au monde dans un tel état d'asphyxie qu'il fut impossible de les sauver. *Ils ont été victimes de la longue durée de l'intervention liée aux difficultés opératoires qu'on rencontra.*

Si j'ajoute à ces cas les 11 où la version fut faite pour procidence du cordon, qui donnèrent 5 enfants morts, et 3 autres

dans lesquels on observa des fractures du bras, de la clavicule, des impressions crâniennes, *il devient impossible de qualifier la version d'opération favorable et facile.* »

Plus loin, il dit : « Il ressort de nos observations, que la *mortalité fœtale* est très notable. Mais la version podalique n'est pas sans dangers pour les mères. Pour la totalité des cas de version podalique, pratiquée en trois ans à la maternité de Budapest (soit 163 cas), la *mortalité maternelle* s'éleva à 4,8 p. 100, soit 8 morts, dont 2 par septicémie dans des cas de placenta prævia. Mais ce n'est pas autant le chiffre de la mortalité que certaines circonstances qui, dans nos faits, discréditèrent l'opération. Sur les 60 cas de version podalique, l'enfant se présentant par le sommet, 12 fois on observa des ruptures étendues du col, compliquées immédiatement d'hémorrhagies telles qu'on ne put les arrêter que par ligature médiate et suture, 5 fois seulement le tamponnement de l'utérus et du vagin se montra suffisant.

Tous ces cas se terminèrent par la guérison. Néanmoins, je tiens les déchirures du col qui ne peuvent pas être attribuées à la sténose pelvienne, mais qui sont les conséquences de la distension du segment inférieur, pour des lésions tout à fait graves.

Dans tous ces cas, où il y eut déchirure du col, l'opération fut faite pour indication urgente. Or, écrit l'auteur, aujourd'hui que je possède une certaine expérience de l'usage du forceps au détroit supérieur, j'ai la conviction que j'aurais, avec cet instrument, évité ces lésions aux parturientes. »

L'auteur rapporte ensuite les cas dans lesquels il a employé le forceps haut. Il les groupe ainsi : 1° *applications atypiques du forceps dans des bassins rétrécis*, 3 ; 2° *applications de forceps chez des primipares*, 3 ; 3° *forceps pour distension du segment inférieur de l'utérus et imminence de rupture*, 4 ; 4° *forceps pour procidence du cordon*, 1.

Il passe ensuite en revue les objections diverses faites au forceps (la tête fixée par le forceps, ne peut obéir au mécanisme naturel de l'accouchement, la rotation ne se fait pas ; l'instrument produit des lésions, de fortes compressions crâniennes ; il détermine aussi des attritions, contusions sérieuses des tissus maternels ; il est difficile d'appliquer convenablement le forceps sur la tête restée très mobile au détroit supérieur ; enfin, l'instrument est difficile à nettoyer et encombrant) et les tient pour

injustes et exagérées. Au cours de cette analyse, il exprime ses préférences, après essai comparatif de plusieurs autres, pour le forceps de Tarnier. Il indique également que, souvent, alors qu'il a réussi, avec ce forceps, à amener la tête sur le périnée, il abandonne les branches de traction et saisit les manches pour opérer la rotation de la tête, ou bien se sert d'un autre forceps. Que dans d'autres cas, il lui a suffi pour amener l'expulsion de la tête d'agir sur elle à l'aide de deux doigts introduits dans le rectum.

Conclusions. — 1° Pas de version prophylactique, attendre. La poche des eaux étant intacte, ou bien la rupture venant de se produire, il faut, au cas d'une indication urgente, faire la version.

2° Quand le liquide amniotique est écoulé depuis longtemps, toujours préférer le forceps haut à la version podalique. Quand, dans cette éventualité, l'orifice externe n'étant pas suffisamment dilaté, il y a indication nette à terminer l'accouchement, accélérer la dilatation soit par des incisions, soit avec le dilatateur de Barnes.

3° Le forceps haut, quand l'orifice est suffisamment dilaté et que la sténose pelvienne est modérée, peut être employé avec succès.

4° Quand le rétrécissement est considérable, il faut essayer le forceps ; si l'on échoue, la perforation se trouve indiquée.

5° L'usage du forceps, au détroit supérieur, n'exige pas autant d'habileté que la version pour que le résultat soit aussi favorable pour la mère que pour l'enfant. Certes, il exige une certaine dextérité, mais, pas davantage que toute autre opération obstétricale.

R. LABUSQUIÈRE.

Des lésions du fœtus dans les applications du forceps au détroit supérieur, par LANTEAUME. Thèse de Bordeaux, 1896.

M. Lanteaume a réuni dans sa thèse 28 applications de forceps au détroit supérieur, dont 26 pratiquées à la Clinique d'accouchements de la Faculté de Bordeaux ou à la Maternité de la même ville.

Les résultats sont les suivants :

Applications de forceps	28
Enfants morts	15

Soit une proportion de mortalité infantile de 53,5 p. 100. Ceci est la mortalité totale.

En analysant les faits, on constate qu'il s'y trouve *cinq* observations d'accouchements prématurés provoqués qui ne purent se terminer spontanément, et qui ont fourni *trois* enfants morts, soit une proportion de 60 p. 100.

Enfin, ceux qui voient dans l'emploi du forceps, une méthode sauvegardant largement les intérêts de la mère, pourront constater en se reportant aux 22 observations détaillées (6 sont rapportées en bloc, et indiquent simplement que les enfants sont nés vivants) que :

1 femme est morte de rupture utérine;

1 a eu une fistule vésico-vaginale et une fistule recto-vaginale;

4 ont eu des suites de couches pathologiques ;

1, enfin, a souffert de relâchement (?) de la symphyse pubienne! qu'on eût certainement mieux fait de sectionner.

Et nous constatons avec étonnement que, comme conclusions, l'auteur, après avoir bien mis en lumière les méfaits du forceps, ne conseille d'avoir recours à la symphyséotomie qu'après avoir fait deux ou trois prudentes applications de forceps ! ! !

Oculos habent, et non vident.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de gynécologie (Handbuch der Gynäkologie), par J. VEIT. Bergmann, éditeur à Wiesbaden, t. I et t. II, 1897.

A notre époque il est, pour ainsi dire, impossible à un individu isolé d'écrire un traité complet de gynécologie, tant les travaux qui paraissent journellement sont nombreux. Aussi Veit a-t-il eu l'idée de distribuer la gynécologie à un certain nombre d'auteurs qui, écrivant chacun une monographie sur un point séparé objet déjà d'études antérieures de sa part, ont pu donner chacun sur un sujet spécial un exposé complet de la question. La réunion de ces monographies constitue le traité de gynécologie dont Veit nous offre aujourd'hui les deux premiers volumes.

Le premier contient les monographies suivantes : « Asepsie et antisepsie en gynécologie » par Löhlein, de Giessen. « Anomalies de position et de mobilité de l'utérus et des organes avoisinants »

par Küstner, de Breslau; « maladies du vagin » par Veit de Leyden; « blennorrhagie des organes génito-urinaires de la femme » par Bumm, de Bâle; « malformations de l'appareil génital de la femme » par Nagel, de Berlin.

Dans le tome II, nous trouvons « Les maladies de la vessie de la femme » par Fritsch, de Bonn; « les méthodes d'examen physiques de la vessie » par Viertel, de Breslau; « les métrites » par Döderlein, de Leipzig. L'étude des myômes a été partagée entre un certain nombre de gynécologistes : Gebhard, de Berlin, a traité l'anatomie et l'histologie; Veit l'étiologie, la symptomatologie et le pronostic; Schaeffer, de Berlin, le traitement électrique; Veit le traitement palliatif et les opérations vaginales; Olshausen, de Berlin, les opérations, abdominales, les rapports des myômes et de la grossesse.

Nous n'entrerons pas dans un examen détaillé de chacun de ces chapitres. Ce sont choses qu'il faut lire dans le texte même : qu'il nous suffise de dire que ces chapitres sont intéressants, que la bibliographie est en général soignée, que l'impression est bonne et les figures suffisantes, bien que peu nombreuses et souvent dépourvues d'originalité. Ce traité nous semble appelé à avoir du succès, surtout si le tome III ne tarde pas dans son apparition.

Traité de kinésithérapie gynécologique, par M. Stapfer. Paris, 1897.

Il nous suffira d'annoncer l'apparition de ce livre à nos lecteurs : le nom de M. Stapfer est garant du succès. Tout le monde sait que, depuis des années, M. Stapfer s'est fait chez nous l'apôtre de la méthode de Brandt. Il nous donne aujourd'hui, avec une traduction du livre de Brandt, l'exposé de ses recherches, de ses observations, de la technique qu'il suit et des résultats qu'il a obtenus. C'est dire l'intérêt que présente cet ouvrage. Sans être de ceux qui pensent que le massage est une panacée qu'on doit utiliser dans tous les cas, nous croyons que chez certaines malades le massage peut rendre de réels services. Les nombreuses figures illustrant le traité de M. Stapfer permettront à tous ceux qui voudront utiliser le massage de le mettre en pratique et suffiront à le guider dans sa pratique.

Medical and surgical report of the Presbyterian hospital in the city of New-York, t. II, 1897.

Le volume publié cette année ne contient que peu de mémoires afférant à la gynécologie proprement dite, mais un certain nombre intéressent le chirurgien abdominal, et à ce titre méritent d'être mentionnés ici : BRIDDON, Cholélithiase et chirurgie des voies biliaires ; ANDREW J. MC. COSH, deux cas de perforation d'ulcère gastrique ; TILDEN BROWN, Tuberculose rénale ; BRIDDON, Chirurgie gastro-intestinale ; NORTHRUP, Invagination chez un enfant de 7 mois ; FORBES HANKS, 66 cas d'appendicite ; ELIOT, Gangrène de la graisse rétro-péritonéale ; ANDREW J. MC. COSH, Hernie ombilicale congénitale ; FORBES HANKS, 17 néphrectomies consécutives.

Le volume se termine par une statistique générale des opérations et l'exposé du mode général de préparation des objets de pansement.

L'Épispadias chez la femme (So-called Epispadias in woman), par J. W. BALLANTYNE.

A propos d'une observation personnelle, Ballantyne réunit 37 observations d'épispadias chez la femme et trace une histoire générale de cette affection.

Le Traitement des suppurations pelviennes (Die Behandlung der Beckeneiterungen), par MAX SANGER, Leipzig, 1897.

Nous n'avons pas à analyser le mémoire que publie actuellement Sänger dans les *Sammlung klinische Vorträge ;* c'est sa communication au Congrès de Genève dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs (voir *Annales*, septembre 1896).

De l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale, par R. PICHEVIN.

Après un historique de la question et une discussion des revendications de priorité sur des points contestés, Pichevin décrit les divers procédés d'hystérectomie vaginale préconisés et étudie les accidents et les complications de cette opération.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XLVII

Janvier à Juin 1897.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XLVII

Janvier à Juin 1897.

MÉMOIRES ORIGINAUX

IMPRIMERIE LEMALE ET C[ie], HAVRE

NB 799